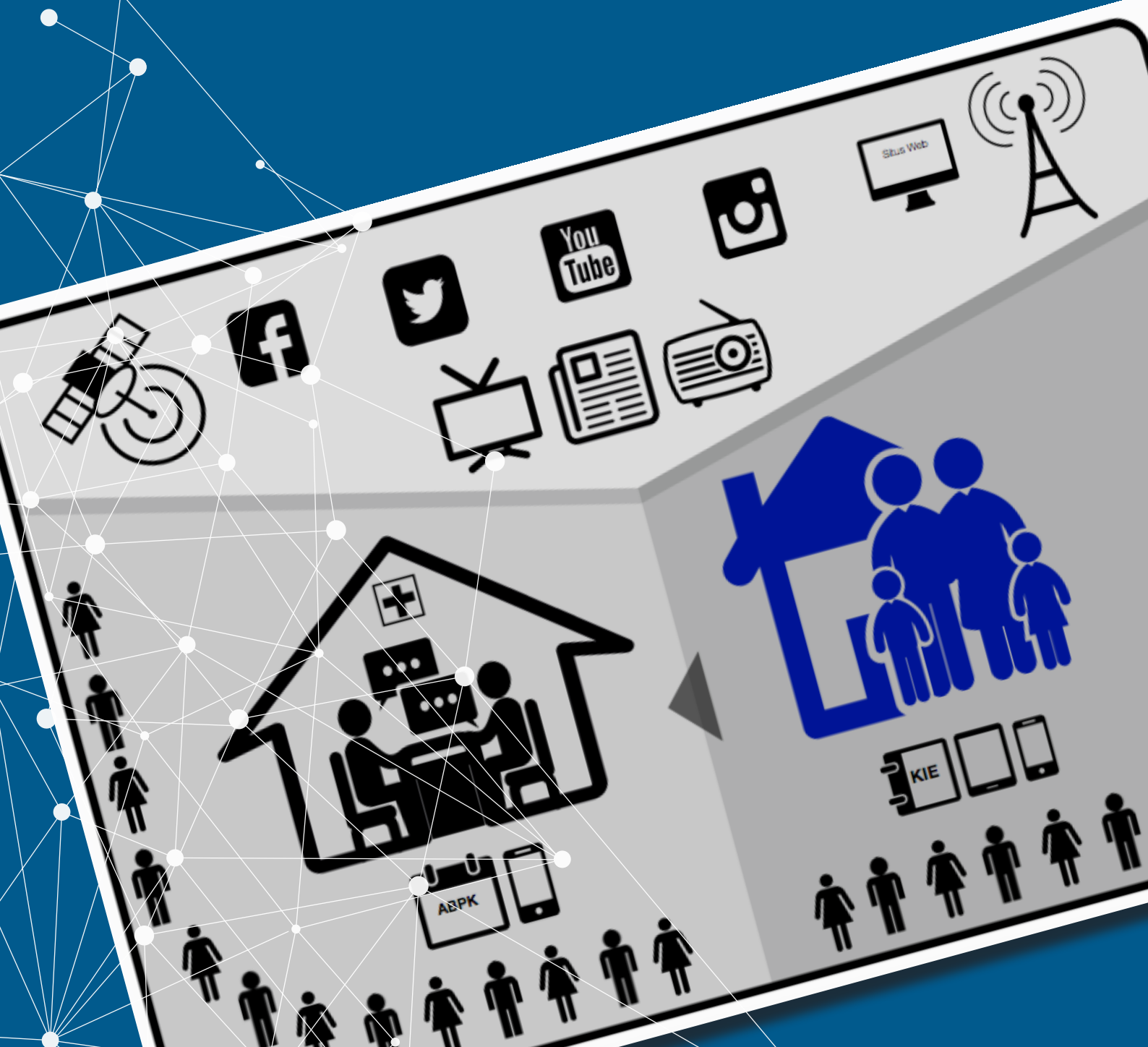




Strategi Komunikasi dan Advokasi

Program Kependudukan, Keluarga Berencana dan
Pembangunan Keluarga



Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional
2017



Diterbitkan oleh Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional
Direktorat Advokasi dan KIE sebagai rujukan pengembangan program
advokasi dan komunikasi di tingkat nasional dan subnasional. Dokumen
ini dilengkapi dengan panduan-panduan yang bersifat teknis.

Strategi Komunikasi dan Advokasi

Program Kependudukan, Keluarga Berencana dan
Pembangunan Keluarga



Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional
2017

Penanggung Jawab

Sugiyono, S.Pd.,MM

Koordinator

Soetriningsih, S.Sos.,M.Si

dr. Fabiola Tazrina Tazir

Drs. Firdaus

Penulis

Heri Haerudin

Kontributor

Asep Sopari, S.Pd.,M.Sc

Dadi Ahmad Roswandi.,M.Si

Fimela Apriany, SH.,MAPS

Antonius Angka W, S.Psi.,MM

Annisa Halimatusyadrah, S.Sos

Dwi Nurhayati, S..Sos

KATA SAMBUTAN



Kepala

Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional

Saya selaku Kepala Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional menyambut dengan antusias terbitnya dokumen Strategi Komunikasi dan Advokasi Program Kependudukan, Keluarga Berencana dan Pembangunan Keluarga ini. Saya menghargai upaya dari Direktorat Advokasi dan Komunikasi Informasi dan Edukasi dalam merespon kebutuhan hadirnya suatu strategi yang jitu dalam Program Kependudukan, Keluarga Berencana dan Pembangunan Keluarga.

Seperti kita ketahui terdapat tiga nilai revolusi mental yang perlu ditanamkan dalam kita bekerja untuk memberikan pelayanan terbaik kepada masyarakat, yaitu integritas, etos kerja, dan gotong royong. Dalam konteks ini, strategi komunikasi dan advokasi memberikan panduan untuk menterjemahkan prinsip-prinsip tersebut ke dalam kerja nyata.

Integritas dan etos kerja ditunjukkan dengan profesionalisme dan bekerja dalam prinsip-prinsip ilmiah dan berbasis data (evidence-based), sehingga semua keputusan program memiliki krasionalitas dan argumentasi yang kuat. Nilai gotong royong tercermin dari kesadaran bahwa seluruh tujuan dan target program kependudukan, keluarga berencana dan pembangunan keluarga hanya akan tercapai dengan kerjasama yang kuat, baik di lingkungan Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional sendiri maupun dengan sektor-sektor lain. Hal ini tercermin dalam strategi yang dituangkan dalam dokumen ini.

Saya mendorong seluruh keluarga besar dan jejaring Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional untuk menindaklanjuti dikembangkannya dokumen strategi ini dengan menterjemahkannya ke dalam program dan aktivitas yang nyata di tingkat lapangan.

Integritas dan etos kerja kita akan tercermin dari seberapa kuat program kerja kita dirancang dan dilaksanakan. Dengan demikian revolusi mental tidak akan menjadi sekedar semboyan belaka, tetapi menjadi fundamen utama bagi kita dalam melaksanakan mandat-mandat kependudukan, keluarga berencana dan pembangunan keluarga dalam mencapai target-target yang telah kita tetapkan.

Selamat bekerja.

Jakarta, Juni 2017

Surya Chandra Surapaty



TENTANG DOKUMEN

Dokumen ini merupakan hasil dari serangkaian diskusi dalam berbagai kesempatan, termasuk diskusi dalam Kelompok Kerja Komunikasi yang difasilitasi oleh Direktorat Advokasi dan KIE BKKBN serta panel pakar advokat di bidang KB. Kelompok Kerja ini terdiri dari pemangku kepentingan dan pelaku program dan merupakan suatu upaya partisipatif dan kolaboratif untuk melakukan sinergi strategi, harmonisasi pesan, memaksimalkan sumber daya yang tersebar (data, kajian, kerangka berfikir, program, materi komunikasi, teknologi seperti metoda dan saluran komunikasi, pengembangan kapasitas, dan lainnya. Ia juga berperan sebagai panel pakar dan forum komunikasi dan berbagi informasi. Dengan sifat keanggotaan terbuka, berbasis pada kesamaan visi untuk berkolaborasi mencapai mandat kependudukan dan keluarga berencana.

Dokumen ini mengambil percikan-percikan gagasan, pemikiran, data dan pengalaman dari berbagai pihak, organisasi dan program baik program komunikasi perubahan perilaku maupun program advokasi. Selain itu berbagai hasil penelitian di bidang KKBPK juga dijadikan masukan dan bahan untuk memahami situasi yang pada gilirannya memberi sumbangan bagi pengembangan strategi yang historis dan berbasis kondisi nyata (evidence based). Penelitian itu ada yang berasal dari lingkungan BKKBN sendiri, penelitian evaluasi Bapennas, studi kasus Program Advance Family Planning (AFP), studi formatif Program Improving Contraceptive Method Mix (ICMM) dan Program Pilihanku (ketiganya merupakan kerjasama BKKBN dengan Johns Hopkins Center for Communication Program – JHCCP).

Secara khusus untuk mengembangkan suatu peta jalan pencapaian dari mandat-mandat rencana strategis BKKBN, Direktorat Advokasi dan KIE mengembangkan Strategi Komunikasi dan Advokasi Program Kependudukan, Keluarga Bercana dan Pembangunan Keluarga, untuk mendukung pelaksanaan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Panjang BKKBN 2015-2019, melalui "Pertemuan Evaluasi dan Pemantapan Advokasi dan KIE Program KKBPK Bagi Seluruh Kabid ADPIN BKKBN Perwakilan Provinsi", yang dilakukan pada bulan April 2016 di Jakarta.

Dokumen ini diharapkan menjadi panduan bagi para pengelola program advokasi dan KIE di bidang KKBPK dalam merumuskan dan mengorkestrasi program dan aktivitas, baik yang dikelola sendiri maupun melalui kerjasama dengan mitra.

Karena sifatnya yang berbasiskan kondisi nyata (evidence based) dan komprehensif, dokumen ini juga dapat digunakan oleh para pemangku kepentingan di bidang kesehatan reproduksi, kependudukan dan keluarga berencana.

Ucapan Terima Kasih

Dokumen strategi komunikasi ini merupakan hasil dari upaya bersama dari berbagai pihak melalui proses yang melibatkan diskusi, saling tukar pikiran, saling berbagi data dan sumber daya. Ia dibangun dari kesadaran isu yang multidimensional seperti kependudukan, keluarga berencana dan pembangunan keluarga ini, sehingga mesti direspon juga secara multisektoral dan melibatkan berbagai pihak.

Kami ingin mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada Heri Haeruddin, Senior Communication and Advocacy Officer, John Hopkins Center for Communication Program (JHCCP) yang telah menyusun dokumen ini. Juga kepada Tim JHCCP lainnya seperti Herni Suwartini, Etto Morcky, Allya Sari, Arief Mochamad yang telah membantu memfasilitasi pertemuan nasional yang hasilnya menjadi salah satu dasar dokumen ini.

Tidak kami lupakan peran para Kepala Bidang Advokasi, Penggerakan dan Informasi Perwakilan BKKBN Provinsi seluruh Indonesia yang telah memberikan input dan masukan berdasarkan pengalamannya di lapangan.

Direktorat Advokasi dan KIE

Daftar Isi

Kata Sambutan Kepala BKKBN	i
Kata Sambutan Deputi Bidang Advokasi, Penggerakan dan Informasi	ii
Tentang Dokumen	iii
Ucapan Terima Kasih	iv
Daftar Isi	v
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	2
B. Tujuan	7
C. Sasaran Pengguna	7
BAB II SITUASI PROGRAM KEPENDUDUKAN, KELUARGA BERENCANA DAN PEMBANGUNAN KELUARGA	9
A. Situasi Kependudukan, Keluarga Berencana dan Pembangunan Keluarga	10
1. Angka Kelahiran Total (Total Fertility Rate/TFR)	10
2. Tingkat Pemakaian Kontrasepsi (Contraceptive Prevalence Rate/CPR)	10
3. Akses dan Kualitas Pelayanan KB	13
4. Kesehatan Reproduksi Remaja	13
5. Pembangunan Keluarga	14
5. Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE)	14
B. Situasi Komunikasi, Informasi dan Edukasi	15
1. Segmentasi Khalayak Sasaran	15
2. Pengetahuan, Sikap dan Pengaruh Lingkungan	15
3. Sumber informasi yang Diandalkan Khalayak Sasaran	18
4. Pesan Program KB	21
5. Analisis Kuadran dan Pesan	26
6. Saluran Komunikasi yang Digunakan	28
7. Media Massa (Above the line)	28
8. Media Luar Ruang dan Materi yang Dibagikan (Below the line) ...	29
9. Komunikasi Antar Pribadi Di Tingkat Lapangan	30
10. Media Sosial dan Aplikasi Telepon Bergerak (Mobile Apps)	33
11. Materi Terkait Kampung KB	38
C. Situasi Advokasi	38
1. Pemahaman yang Tidak Akurat	38
2. Isu Nasional Advokasi	40
3. Desentralisasi dan Dampaknya Pada Program Kependudukan.....	41
4. Inisiatif Revitalisasi Program KKBPK di era Desentralisasi Melalui Advokasi.....	42
BAB III STRATEGI KOMUNIKASI DAN ADVOKASI PROGRAM KKBPK	47
A. Strategi Komunikasi, Informasi dan Edukasi.....	50

1. Problem KKBPK Secara Umum	50
2. Masalah Komunikasi dan Strategi untuk Meresponnya	51
3. Strategi Intervensi dan Strategi Pesan Berdasarkan Segmentasi Khalayak	53
4. Strategi Intervensi Terkait dengan Analisis Kuadran	55
5. Strategi Intervensi Pada Daerah Tertinggal, Terpencil dan di Perbatasan serta Kepulauan	55
6. Strategi Bauran Media Berdasarkan Saluran Komunikasi Informasi KB yang Diandalkan	56
7. Membangun Sistem Penyimpanan dan Distribusi Daring (Online)	58
B. Strategi Advokasi	59
1. Mengembangkan kelompok kerja advokasi.....	60
2. Memetakan jejaring setempat dan tingkat keterlibatan masing-masing institusi	62
3. Memetakan sumber daya yang tersedia di daerah	62
4. Mengemas isu KKBPK sebagai isu yang berdimensi lintas sektor	62
5. Menuangkan argumentasi dalam lembar kebijakan (<i>policy brief</i>)	64
6. Mengembangkan rencana kerja yang SMART dan koordinasi untuk mengawalinya	65
7. Memantau dan Mengevaluasi	65
8. Meresmikan kelompok kerja ke dalam operasional pemerintah	65
BAB IV IMPLEMENTASI STRATEGI KOMUNIKASI DAN ADVOKASI	67
A. Pengembangan Panduan/Petunjuk Teknis	68
1. Komunikasi, Informasi dan Edukasi.....	68
2. Advokasi	69
3. Panduan Khusus	69
B. Pengembangan Sumber Daya Manusia	69
1. Kecakapan yang Diperlukan dalam Komunikasi, Informasi dan Edukasi	70
2. Kecakapan yang Diperlukan dalam Advokasi	70
3. Skema Pengembangan Kapasitas Pengelola Advokasi dan KIE	71
C. Pelaksanaan Strategi Secara Berjenjang	73
D. Langkah Implementasi dan Alur Waktu	73
1. Langkah yang Dapat Dilakukan Segera	73
2. Langkah Implementasi Strategi	74

The background features a complex network of thin grey lines connecting various-sized grey dots. These dots are scattered across the page, with a higher concentration in the upper right and lower right areas. The overall composition is layered, with a white central rectangle, a light grey top section, and a dark grey bottom section, all framed by a dark blue border on the right.

BAB I

Pendahuluan

A. LATAR BELAKANG

Sesuai dengan arah kebijakan pemerintah (kabinet kerja) 2015-2019, seluruh Kementerian/Lembaga diarahkan untuk turut serta mensukseskan visi dan misi pembangunan 2015-2019. Visi dan misi pembangunan tersebut didukung oleh 9 (sembilan) Agenda Prioritas Pembangunan (Nawa Cita).

BKKBN diharapkan dapat berpartisipasi dalam mensukseskan agenda prioritas pembangunan tersebut. Dari sepuluh cita yang dituangkan dalam Nawacita, cita ke lima menyebutkan bahwa: *"Meningkatkan kualitas hidup manusia dan masyarakat Indonesia"* yang merupakan salah satu pokok penting dalam tiga dimensi pembangunan: (1) Dimensi pembangunan manusia, (2) dimensi pembangunan sektor unggulan, (3) dimensi pemerataan dan kewilayahan. Agenda prioritas ke 5 ini akan dicapai melalui:

1. Pembangunan Kependudukan dan Keluarga Berencana.
2. Pembangunan Pendidikan khususnya Pelaksanaan Program Indonesia Pintar.
3. Pembangunan Kesehatan khususnya Pelaksanaan Program Indonesia Sehat.
4. Peningkatan Kesejahteraan Rakyat Marjinal melalui Pelaksanaan Program Indonesia Kerja.

Keluarga Berencana memegang peran yang sangat sentral dalam upaya pencapaian tujuan Pembangunan Berkelanjutan (SDG), seperti nampak dalam diagram berikut:

Kaitan antara Target KB dengan Pencapaian Tujuan Pembangunan Berkelanjutan



Sumber: Deputi Kementerian PPN/Bappenas, Bidang Pembangunan Manusia, Masyarakat, dan Kebudayaan

Hal ini merupakan tantangan sekaligus peluang bagi BKKBN untuk lebih mengembangkan program yang kental dengan muatan lintas-sektor serta membingkai isu keluarga berencana (framing) dengan bingkai yang lebih luas dari isu alat kontrasepsi dan layanan. Fakta ini juga menunjukkan rentang yang luas dalam hal peluang advokasi.

Dalam Rencana Strategis BKKBN 2015-2019, didefinisikan sasaran-sasaran yang sudah ditetapkan, seperti nampak dalam tabel berikut:

Sasaran Program KKB Dalam RPJMN 2015-2019

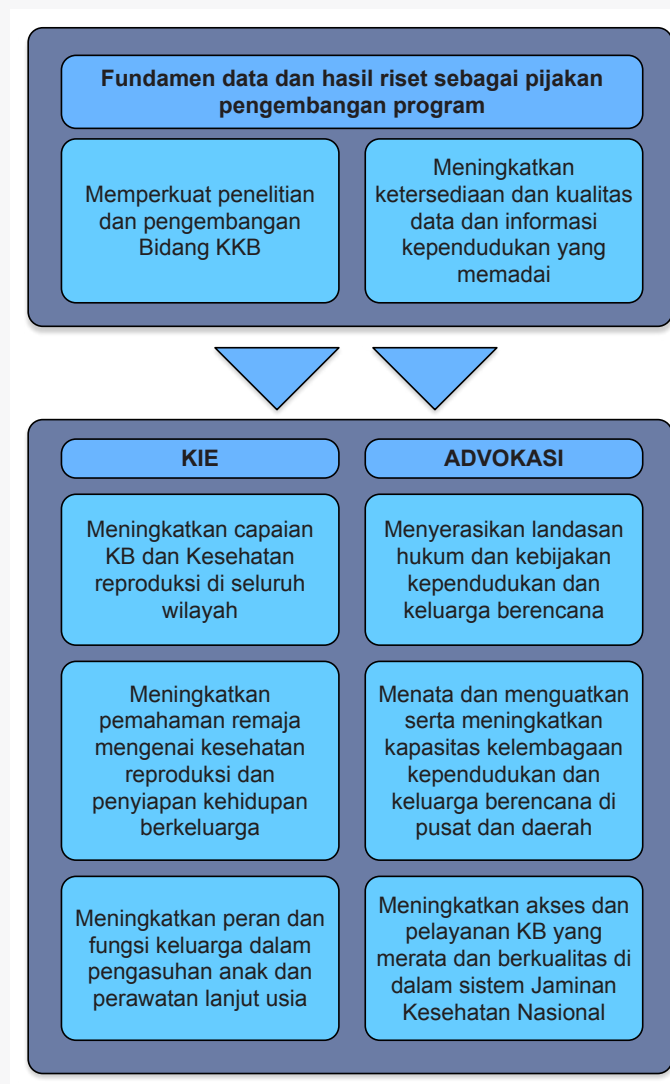
Sasaran RPJMN	Status Awal 2014	2015	2016	2017	2018	2019
Persentase laju pertumbuhan penduduk	1,49	1,38	1,27	1,25	1,23	1,23
Angka Kelahiran Total (TFR) Per WUS (15-49 Tahun)	2,6	2,37	2,36	2,33	2,31	2,28
Persentasi Pemakaian Kontrasepsi (CPR) <i>all method</i>	61,9	65,2	65,4	65,6	65,8	66
Persentase Kebutuhan Ber KB yang Tidak Terpenuhi (<i>Unmet Need</i>)	11,4 (8,6)	10,6	10,48	10,26	10,14	9,91
Angka Kelahiran Pada Remaja Usia 15-19 Tahun (ASFR 15-19 Tahun)	48 per 1000	46 per 1000	44 per 1000	42 per 1000	40 per 1000	38 per 1000
Persentase Kehamilan Yang Tidak diinginkan dari WUS (15-49 Tahun)	7,1	7,1	7	6,9	6,8	6,6

Dalam upaya mencapai sasaran yang telah ditetapkan tersebut, BKKBN telah mengembangkan arah kebijakan yang akan menjadi panduan dari pelaksanaan program-program pembangunan subbidang kependudukan dan keluarga berencana, yakni:

1. Meningkatkan akses dan pelayanan KB yang merata dan berkualitas di dalam sistem Jaminan Kesehatan Nasional.
2. Meningkatkan pemahaman remaja mengenai kesehatan reproduksi dan penyiapan kehidupan berkeluarga.
3. Menguatkan advokasi dan KIE tentang KB dan Kesehatan reproduksi di seluruh wilayah.
4. Meningkatkan peran dan fungsi keluarga dalam pengasuhan anak dan perawatan lanjut usia.
5. Menyeraskan landasan hukum dan kebijakan kependudukan dan keluarga berencana.
6. Menata dan menguatkan serta meningkatkan kapasitas kelembagaan kependudukan dan keluarga berencana di pusat dan daerah.
7. Meningkatkan ketersediaan dan kualitas data dan informasi kependudukan yang memadai.
8. Memperkuat penelitian dan pengembangan Bidang KKB.

Jika dipetakan maka peran terkait advokasi dan KIE nampak sangat signifikan, seperti nampak di bawah ini:

**Panduan Pelaksanaan Program-program Pembangunan
Subbidang Kependudukan dan Keluarga Berencana**



Diolah berdasarkan panduan dalam naskah RPJMN 2015-2019

Dalam kelompok KIE, Direktorat Advokasi dan KIE ikut berperan dalam pengembangan materi KIE untuk KB dan kesehatan reproduksi, program remaja, pengasuhan anak dan perawatan lanjut usia. Di sisi advokasi nampak bahwa Direktorat Advokasi dan KIE diharapkan pula perannya dalam upaya menyelenggarakan suatu rancangan strategi advokasi untuk membantu mengembangkan lingkungan yang mendukung (dari isi sumber daya pembiayaan, manusia, aset serta kebijakan/ nilai/norma) dalam menyeraskan landasan hukum dan kebijakan, peningkatan kapasitas kelembagaan dan peningkatan akses serta layanan KB.

Dalam kebijakan dan strategikedeputian bidang ADPIN 2015 – 2019 butir A, disebutkan bahwa:

- A. Memperkuat advokasi-KIE tentang program KKBPK di seluruh wilayah dan kelompok masyarakat, melalui:
1. Penguatan kebijakan dan pengembangan strategi advokasi-KIE.
 2. Peningkatan komitmen pemangku kepentingan dan mitra kerja lintas sektor serta pimpinan daerah.

3. Peningkatan sosialisasi, promosi, penyuluhan, penggerakan dan konseling tentang program KKBPK yang dilakukan oleh petugas dan pengelola program, serta mitra kerja yang kompeten.
4. Peningkatan promosi, Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE).
5. Peningkatan pemanfaatan media yang dapat dipahami secara interaktif antara aparatur dan mitra kerja dengan masyarakat.

Dalam butir B, disebutkan juga mengenai pentingnya menyelenggarakan kegiatan advokasi yang mendukung pada tercapainya tujuan-tujuan program KB, yakni:

- B. Peningkatan komitmen dan peran serta *stakeholder* dan organisasi kemasyarakatan tingkat nasional dan daerah yang mendukung operasional program KKBPK, melalui strategi:
 1. Peningkatan dukungan dan fasilitasi *stakeholder* dalam rangka penggerakkan operasional program KKBPK.
 2. Peningkatan dukungan dan fasilitasi mitra kerja dalam rangka penggerakkan program KKBPK.
 3. Pembinaan Kabupaten/Kota dalam penerapan NSPK program KKBPK.
 4. Peningkatan kualitas pemantauan dan evaluasi pelaksanaan kerjasama kemitraan program KKBPK.

Upaya yang luar biasa diperlukan untuk mencapai target-target program, seperti yang tercakup di dalam Rencana Strategis (Renstra) Direktorat Advokasi, Komunikasi, Informasi Dan Edukasi (KIE) berikut ini.

Rencana Strategis (Renstra) Direktorat Advokasi, Komunikasi, Informasi Dan Edukasi (KIE)

No.	PROGRAM/ KEGIATAN PRIORITAS	SASARAN PROGRAM (OUTCOME/ SASARAN KEGIATAN (OUTPUT))	INDIKATOR (REVISI RENSTRA DARI BSC)	BASELINE TARGET 2014	TARGET KINERJA					INSTANSI PENANGGUNG JAWAB/ PELAKSANA	PRIORITAS (N/IKL)
					2015	2016	2017	2018	2019		
D	Bidang Advokasi, Penggerakan dan Informasi	Meningkatnya Penghayatan Norma Keluarga Kecil	D.1 Persentase wanita usia subur yang mengadopsi norma anak ideal	51,4%	-	51%	60%	65%	70%	DEPUTI BIDANG ADVOKASI, PENGGERAKAN, DAN INFORMASI (ADPIN)	Prioritas RKP (Penguatan Advokasi dan KIE KB)
			D.2 Persentase remaja yang mengadopsi norma Usia Kawin ideal	-	66%	68%	69%	71%	72%		
			D.3 Persentase potensial demand	14,7%	-	14,7%	14,2%	13,7%	13,2%		
			D.4 Persentase Pemanfaatan data untuk perumusan kebijakan dan pengambilan	-	-	10%	25%	45%	60%		
13	Peningkatan Advokasi dan KIE Program Kependudukan, KB, dan pembangunan keluarga	Meningkatnya komitmen stakeholders (pemangku kepentingan) dan mitra kerja serta meningkatnya pengetahuan dan pemahaman masyarakat terhadap program KKBPK	I.13 Persentase stakeholder dan mitra kerja yang mendapatkan advokasi melalui media, audiensi, dan momentum KKBPK	80	82	84	86	88	90	DIREKTORAT ADVOKASI DAN KOMUNIKASI, INFORMASI DAN EDUKASI (DITVOKKOM)	N
			13.1 Persentase stakeholders/pemangku kepentingan tingkat pusat maupun provinsi dan kabupaten kota yang terpapar program KKBPK	80	82	84	86	88	90		
			171 Peningkatan Advokasi Program KKBPK melalui Media								
			172 Peningkatan Advokasi Program KKBPK melalui Mitra Kerja								
			173 Peningkatan Advokasi Program KKBPK melalui Kegiatan Momentum								
			II.13 Persentase PUS, WUS, remaja dan keluarga yang mendapatkan informasi program KKBPK melalui media massa (cetak dan elektronik) dan media luar ruang, terutama media lini bawah (poster, leaflet, lembar balik, banner, media tradisional)	72	74	76	78	80	82		
			13.2 Persentase masyarakat yang memahami isi pesan program KKBPK dari berbagai media	10,5 (Survei RPJMN 2014; %PUS yg mengetahui semua jenis alat/cara KB modern)	6,7 (Survei RPJMN 2015; %PUS yg mengetahui semua jenis alat/cara KB modern)	15	20	30	50		
			174 Peningkatan promosi dan KIE Program KKBPK melalui Media Massa Cetak dan Elektronik serta Media Luar Ruang								
			175 Peningkatan promosi dan KIE Program KKBPK melalui Media Lini Bawah								
			176 Pengembangan Kebijakan dan Dukungan Advokasi, Promosi dan KIE Program KKBPK								
III.13	Persentase PUS, WUS, remaja dan keluarga yang mendapatkan informasi program KKBPK melalui tenaga lini lapangan	Persentase masyarakat yang memahami isi pesan program KKBPK dari tenaga lini lapangan	13.3 Persentase masyarakat yang memahami isi pesan program KKBPK dari tenaga lini lapangan	29,1 (Survei RPJMN 2014)	39,1	49,1	59,1	69,1	79,1		
			177 Monitoring, Evaluasi dan Pembinaan Advokasi, Promosi dan KIE								

Dalam kaitan dengan hal-hal di atas, untuk mengembangkan kebijakan yang memayungi upaya pencapaian dari mandat-mandat tersebut, BKKBN mengembangkan visi dan misi seperti berikut:

Visi dan Misi BKKBN

Visi

Menjadi lembaga yang handal dan dipercaya dalam mewujudkan penduduk tumbuh seimbang dan keluarga berkualitas.

Misi

1. Mengarusutamakan pembangunan berwawasan kependudukan.
2. Menyelenggarakan Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi.
3. Memfasilitasi pembangunan keluarga.
4. Membangun dan menerapkan budaya kerja organisasi secara konsisten.
5. Mengembangkan jejaring kemitraan dalam pengelolaan Kependudukan, Keluarga Berencana dan Pembangunan Keluarga.

Sasaran Strategis BKKBN

1. Menurunnya Laju Pertumbuhan Penduduk (LPP) dari 1,49 menjadi 1,23.
2. Menurunnya Angka kelahiran total (TFR) per WUS (15 - 49 tahun) dari 2,6 menjadi 2,28.
3. Meningkatnya pemakaian kontrasepsi (CPR) semua metoda dari 61,9 menjadi 66.
4. Menurunnya kebutuhan ber-KB yang tidak terpenuhi (unmet need) dari 11,4 menjadi 9,91.
5. Menurunnya Angka kelahiran pada remaja usia 15 -19 tahun (ASFR 15 – 19 tahun) dari 48 per 1.000 menjadi 38 per 1.000.
6. Menurunnya kehamilan yang tidak diinginkan dari WUS (15 - 49 tahun) dari 7,1 menjadi 6,6.

B. TUJUAN

Tujuan Umum

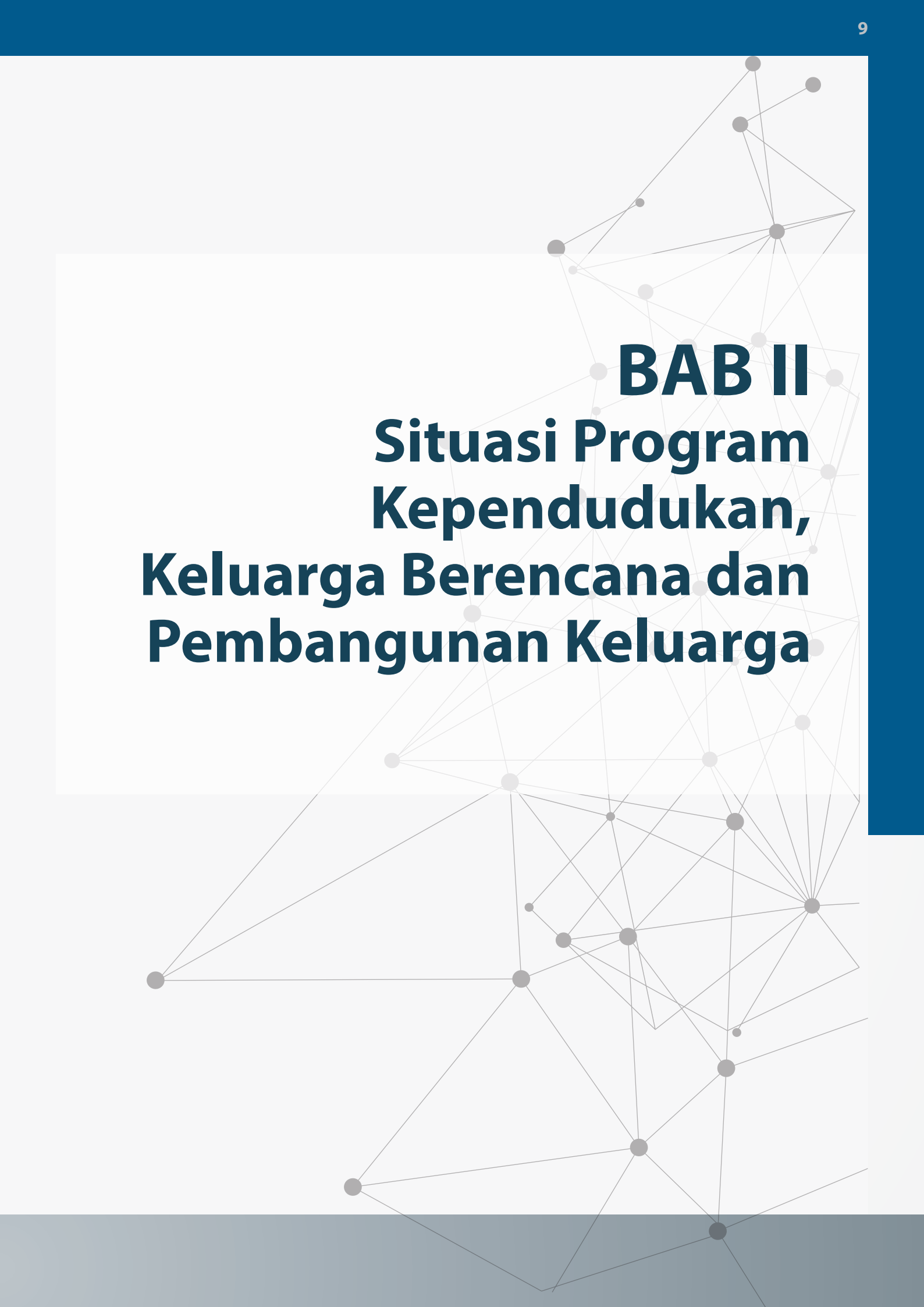
Secara umum, buku ini disusun sebagai upaya meningkatkan komitmen dan keberpihakan pemangku kepentingan dan penentu kebijakan terhadap program KKBPK serta meningkatkan pengetahuan dan pemahaman masyarakat tentang program KKBPK.

Tujuan Khusus

1. Meningkatkan kualitas KIE Program KKBPK
2. Meningkatkan kualitas advokasi Program KKBPK

C. SASARAN PENGGUNA

Buku Strategi Komunikasi dan Advokasi ini diperuntukan bagi pengelola dan pelaksana advokasi dan KIE program KKBPK di pusat, provinsi dan kabupaten/kota.

The background of the slide features a complex network of thin, light gray lines connecting various-sized dots in shades of gray and blue. This network is overlaid on a light gray rectangular area that occupies the upper and middle portions of the slide. The overall design is modern and technical, suggesting themes of connectivity, systems, or data.

BAB II

Situasi Program Kependudukan, Keluarga Berencana dan Pembangunan Keluarga

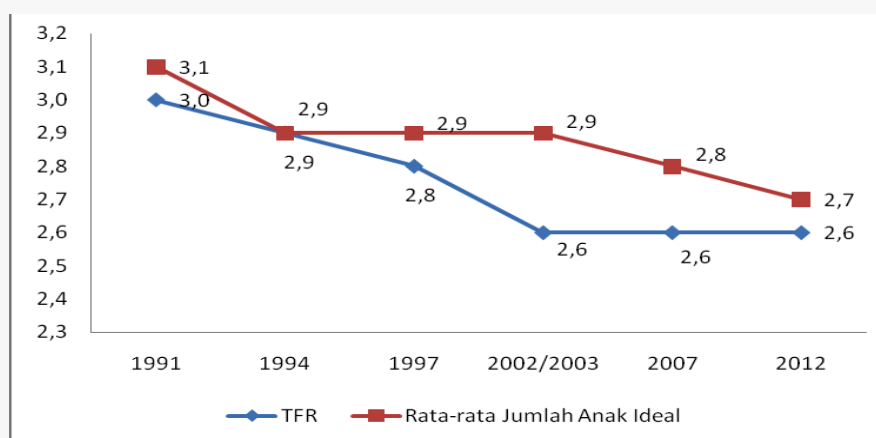
A. SITUASI KEPENDUDUKAN, KELUARGA BERENCANA DAN PEMBANGUNAN KELUARGA

Angka Kelahiran Total (*Total Fertility Rate/TFR*)

Jika dilihat dalam kurun waktu sepuluh tahun terakhir, nampak bahwa Angka kelahiran total (TFR) konstan atau bahkan mengalami kenaikan, baik yang dihasilkan dari data SDKI maupun Sensus Penduduk. Hal ini menunjukkan bahwa program KB masih menghadapi masalah.

Sebagaimana terlihat dalam diagram berikut, hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) memperlihatkan bahwa TFR di Indonesia menurun secara konsisten dari 1991-2002/2003, tetapi kemudian stagnan pada angka 2,6 sampai dengan 2012. Demikian juga hasil sensus penduduk menunjukkan bahwa TFR menurun dari 5,605 pada tahun 1968 menjadi 2,344 pada tahun 1998. Angka ini kemudian meningkat menjadi 2,414 pada tahun 2008. Peningkatan atau stagnasi TFR selama sepuluh tahun terakhir menunjukkan bahwa target RPJMN, yaitu 2,1 pada tahun 2015 tidak tercapai. Jika dilihat, rata-rata jumlah anak ideal juga masih relatif tinggi, meskipun telah mengalami penurunan

Perubahan TFR dan Rata-rata Jumlah Anak Ideal, SDKI 1991-2012



Tingkat Pemakaian Kontrasepsi (*Contraceptive Prevalence Rate/CPR*)

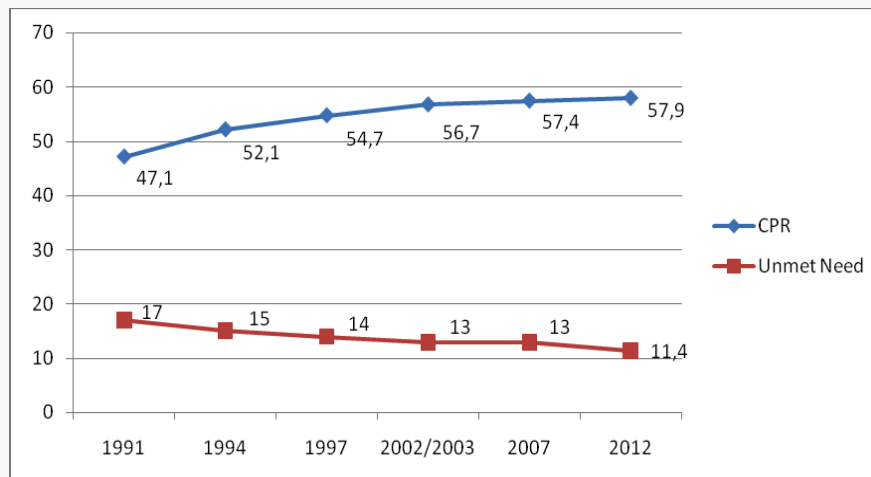
Data SDKI 2007-2012 menunjukkan bahwa tingkat pemakaian kontrasepsi (CPR) meningkat namun tidak signifikan dan Kebutuhan ber-KB yang tidak terpenuhi (*unmet demand*) masih tinggi. Penggunaan kontrasepsi (cara modern) hanya meningkat sebesar 0,5 persen. Data juga menunjukkan bahwa pelambatan CPR sudah terjadi sejak akhir 1990an. Dengan kata lain indikasi mengenai penurunan kinerja program KB sudah terlihat sejak lama. Ini terkait dengan stagnasi TFR seperti dijelaskan atas.

Jika dicermati di tingkat provinsi dan membandingkan data SDKI 2007 dan 2012 nampak bahwa tidak selalu kenaikan CPR diikuti dengan penurunan TFR dan sebaliknya penurunan TFR tidak selalu terkait dengan kenaikan CPR. Terdapat provinsi yang mengalami kenaikan CPR tetapi TFR nya meningkat atau tetap dan sebaliknya, terdapat provinsi yang mengalami penurunan CPR tetapi tidak diikuti dengan kenaikan TFR.

Hal ini memperlihatkan bahwa terdapat persoalan dalam penggunaan alat kontrasepsi, yaitu bahwa penggunaan kontraseptif tidak selalu menyebabkan penurunan TFR. Hal ini dapat dijelaskan

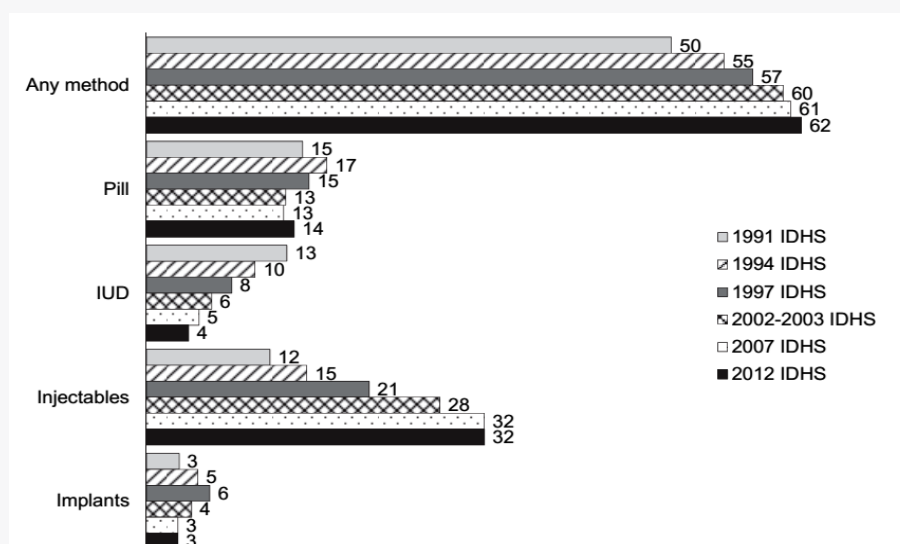
dengan kenyataan bahwa dari sisi pasangan usia subur, cukup signifikan yang mengikuti program KB ketika sudah memiliki tiga atau lebih. Sehingga walau jumlah akseptor bertambah, ia tidak memiliki efek signifikan terhadap penurunan TFR. Selain itu di tingkat lapangan, pasangan yang mengganti kontrasepsi dihitung sebagai akseptor baru. Akibatnya, kembali peningkatan jumlah akseptor tidak selalu menggambarkan penambahan CPR yang sesungguhnya.

CPR dan Unmet Need, 1991-2012, SDKI 1991-2012



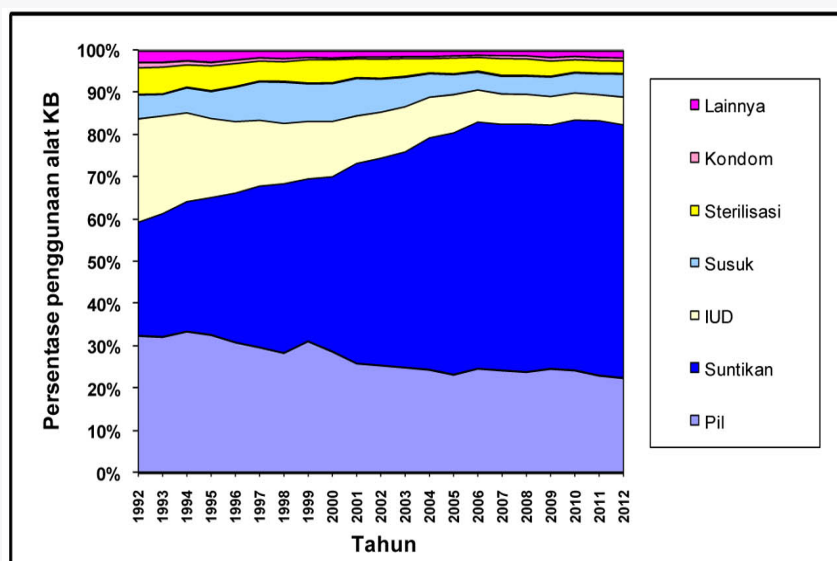
Jika kita melakukan perbandingan antara Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) dan non MKJP pada diagram berikut, nampak bahwa pengguna kontrasepsi di Indonesia masih didominasi oleh Non MKJP. Pengguna MKJP menurun dari 14,6 persen pada tahun 2002/2003 menjadi 10,6 persen pada tahun 2012 dan pengguna Non MKJP meningkat dari 42,1 persen menjadi 47,3 persen pada periode yang sama. Kenaikan pil dan suntik selama periode 1991-2012 mencapai hampir dua kali lipat, yakni dari 27 persen menjadi 46 persen.

Penggunaan Alat Kontrasepsi Menurut Metode, SDKI 1991-2012



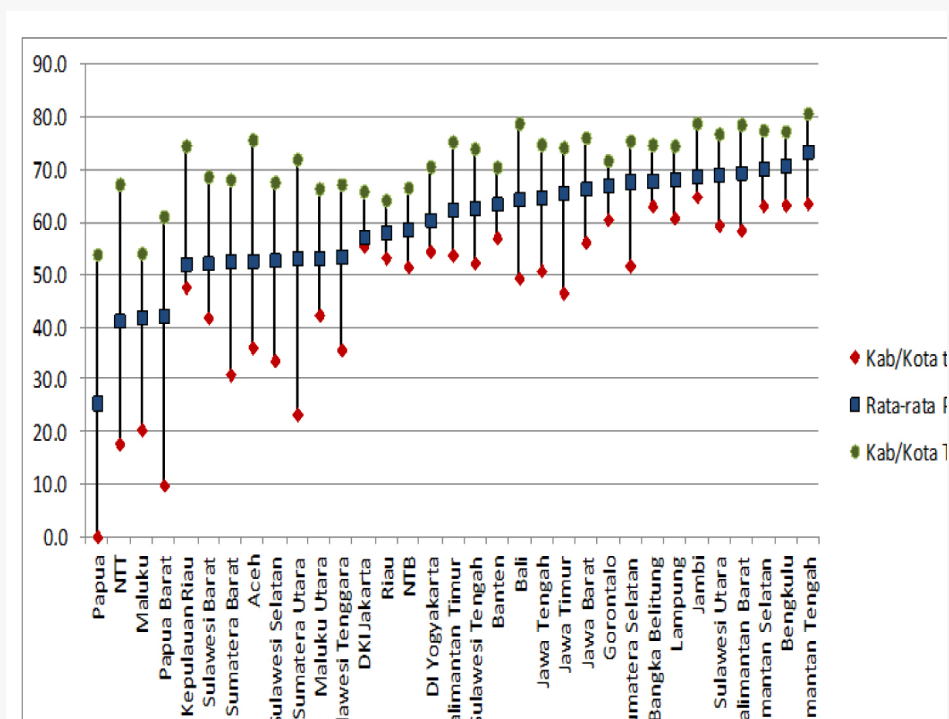
Hal ini juga terkonfirmasi oleh data Susenas di bawah ini. Nampak bahwa ketika pengguna kontrasepsi yang lain mengalami penurunan, pengguna suntik meningkat secara drastis.

Penggunaan Alat Kontrasepsi Menurut Metode, Susenas 1992-2012



Jika kita lebih dalam lagi melihat situasi di Kabupaten, nampak bahwa terdapat kesenjangan diantara kabupaten/kota di dalam satu provinsi yang sama. Data di bawah ini menunjukkan kesenjangan antara kabupaten/kota yang memiliki CPR tertinggi dan terendah di masing-masing provinsi bervariasi. Nampak bahwa Provinsi Papua, Papua Barat, NTT dan Sumatera Utara termasuk di antara provinsi yang memiliki kesenjangan sangat lebar. Sebaliknya, DKI Jakarta, Riau, Gorontalo dan Bangka Belitung merupakan provinsi yang memiliki kesenjangan paling rendah. Ini menggambarkan bahwa pencapaian program KB antar kabupaten/kota tidak sama, dan terdapat persoalan yang bervariasi antara kabupaten/kota yang satu dengan yang lain. Artinya, penanganan yang diperlukan bukanlah penanganan yang generik tetapi sesuai dengan kondisi masing-masing kabupaten/kota (*evidence based*).

Kesenjangan CPR antar Kabupaten/Kota, 2012



Sumber: Presentasi Direktur KP3A Bappenas

Identifikasi Masalah KB dalam Rencana Strategis BKKBN 2015-2019, menyebutkan ada tiga aspek yang perlu menjadi perhatian dari Direktorat Advokasi dan KIE, yakni:

Akses dan Kualitas Pelayanan KB

Permasalahan yang masih mengganjal terkait dengan peningkatan akses dan kualitas pelayanan KB yang merata, seperti disebutkan dalam naskah Rencana Strategis BKKBN 2015-2019 adalah:

1. Angka pemakaian kontrasepsi cara modern tidak meningkat secara signifikan, yaitu dari sebesar 56,7 persen pada tahun 2002 menjadi sebesar 57,4 persen pada tahun 2007, dan pada tahun 2012 meningkat menjadi sebesar 57,9 persen.
2. Kebutuhan ber-KB yang tidak terpenuhi (*unmet need*) masih tinggi, yaitu sebesar 8,5 persen atau 11,4 persen apabila dengan menggunakan metode formulasi baru.
3. Masih terdapat kesenjangan dalam kesertaan ber-KB (*contraceptive prevalence rate/CPR*) dan kebutuhan ber-KB yang belum terpenuhi (*unmet need*), baik antar provinsi, antar wilayah, maupun antar tingkat pendidikan, dan antar tingkat pengeluaran keluarga.
4. Tingkat putus pakai penggunaan kontrasepsi (*drop out*) masih tinggi, yaitu 27,1 persen.
5. Penggunaan alat dan obat Metode Kontrasepsi Jangka Pendek (non MKJP) terus meningkat dari 46,5 persen menjadi 47,3 persen (SDKI 2007 dan 2012), sementara Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) cenderung menurun, dari 10,9 persen menjadi 10,6 persen (atau 18,3 persen dengan pembagi CPR modern).
6. Rendahnya kesertaan KB Pria, yaitu sebesar 2,0 persen (SDKI 2007 dan 2012).
7. Kualitas pelayanan KB (supply side) belum sesuai standar, yaitu berkaitan dengan ketersediaan dan persebaran fasilitas kesehatan/klinik pelayanan KB, ketersediaan dan persebaran tenaga kesehatan yang kompeten dalam pelayanan KB, kemampuan bidan dan dokter dalam memberikan penjelasan tentang pilihan metode KB secara komprehensif termasuk mengenai efek samping alokon dan penanganannya, serta komplikasi dan kegagalan. Selanjutnya yang berkenaan dengan ketersediaan dan distribusi alokon di fasilitas kesehatan (faskes)/klinik pelayanan KB (*supply chains*).
8. Jaminan pelayanan KB belum seluruhnya terpetakan pada fasilitas pelayanan KB, terutama dalam rangka pelaksanaan Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) Kesehatan.

Kesehatan Reproduksi Remaja

Dalam masalah remaja, juga masih dihadapi tantangan yang signifikan. Peningkatan pemahaman dan kesadaran remaja mengenai kesehatan reproduksi dan penyiapan kehidupan berkeluarga sangat penting dalam upaya mengendalikan jumlah kelahiran dan menurunkan resiko kematian Ibu melahirkan. Permasalahan kesehatan reproduksi remaja yang masih dihadapi, antara lain:

1. Angka kelahiran pada perempuan remaja usia 15-19 tahun masih tinggi, yaitu 48 per 1.000 perempuan usia 15-19 tahun (SDKI 2012), dan remaja perempuan 15-19 tahun yang telah menjadi ibu dan atau sedang hamil anak pertama meningkat dari sebesar 8,5 persen menjadi sebesar 9,5 persen (SDKI 2007 dan SDKI 2012).
2. Masih banyaknya perkawinan usia muda, ditandai dengan median usia kawin pertama perempuan yang rendah yaitu 20,1 tahun (usia ideal pernikahan menurut kesehatan reproduksi adalah 21 tahun bagi perempuan dan 25 tahun bagi pria).
3. Terdapat kesenjangan dalam pembinaan pemahaman remaja tentang Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR) yang tergambar pada tingkat kelahiran remaja (angka kelahiran remaja kelompok usia 15-19 tahun).
4. Tingginya perilaku seks pranikah di sebagian kalangan remaja, berakibat pada kehamilan yang tidak diinginkan masih tinggi.
5. Pengetahuan remaja mengenai kesehatan reproduksi dan perilaku beresiko masih rendah.
6. Cakupan dan peran Pusat Informasi dan Konseling Remaja/Mahasiswa (PIK-R/M) belum optimal.

Pembangunan Keluarga

Upaya pembangunan keluarga dilakukan melalui pembinaan ketahanan dan kesejahteraan keluarga yang diukur dengan peningkatan pemahaman, kesadaran serta pelaksanaan fungsi keluarga. Pembinaan ketahanan dan kesejahteraan keluarga melalui pembinaan kelestarian kesertaan ber-KB masih dihadapkan pada beberapa permasalahan, antara lain:

1. Masih tingginya jumlah keluarga miskin, yaitu sebesar 43,4 persen dari sebanyak 64,7 juta keluarga Indonesia (Keluarga Pra Sejahtera/KPS sebesar 20,3 persen dan Keluarga Sejahtera I/ KS-1 sebesar 23,1 persen (Pendataan Keluarga, BKKBN 2012).
2. Pengetahuan orang tua mengenai cara pengasuhan anak yang baik dan tumbuh kembang anak masih rendah.
3. Partisipasi, pemahaman dan kesadaran keluarga/orang tua yang memiliki remaja dalam kelompok kegiatan pembinaan ketahanan dan kesejahteraan keluarga masih rendah.
4. Kualitas hidup Lanjut usia (lansia) dan kemampuan keluarga dalam merawat lansia masih belum optimal.
5. Terbatasnya akses keluarga dan masyarakat untuk mendapatkan informasi dan konseling ketahanan dan kesejahteraan keluarga.
6. Pelaksanaan program ketahanan dan kesejahteraan keluarga akan peran dan fungsi kelompok kegiatan belum optimal dalam mendukung pembinaan kelestarian kesertaan ber-KB. Disamping itu, Kelompok Kegiatan/Poktan, yang terdiri dari: Bina Keluarga Balita (BKB), Bina Keluarga Remaja (BKR), Bina Keluarga Lansia (BKL) dan Usaha Peningkatan Pendapatan Keluarga Sejahtera (UPPKS) belum optimal dalam memberikan pengaruh kepada masyarakat akan pentingnya ber-KB/pelestarian Peserta KB Aktif (PA).
7. Terbatasnya materi program KKBPK dalam kelompok kegiatan serta terbatasnya jumlah dan kualitas kader/tenaga kelompok kegiatan.

Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE)

Dalam naskah yang sama juga diidentifikasi masih besarnya masalah yang terkait dengan Direktorat Advokasi dan Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE), yakni:

1. Pengetahuan tentang KB dan alat kontrasepsi sangat tinggi (98% dari Pasangan Usia Subur/ PUS), namun tidak diikuti dengan perilaku untuk menjadi peserta KB 57,9% (SDKI 2012). Disamping itu, masih rendahnya pengetahuan masyarakat tentang isu kependudukan, hanya sebesar 34,2 persen (Data BKKBN 2013).
2. Masih tingginya jumlah anak yang diinginkan dari setiap keluarga, yaitu sekitar 2,7 sampai dengan 2,8 anak atau di atas angka kelahiran total sebesar 2,6 (SDKI 2012), angka ini tidak mengalami penurunan dari tahun 2002 (TFR 2,6; SDKI 2002-2003).
3. Masih terjadinya kesenjangan dalam memperoleh informasi tentang program KKBPK baik antar provinsi, antara wilayah perdesaan - perkotaan maupun antar tingkat pendidikan dan pengeluaran keluarga.
4. Pelaksanaan KIE mengenai KB yang belum responsif gender, tergambar dengan masih dominannya peran suami dalam pengambilan keputusan untuk ber-KB.
5. Muatan dan pesan belum dipahami secara optimal.
6. Peran bidan dan tenaga lapangan KB dalam konseling KB belum optimal. Berdasarkan data SDKI 2012, hanya sebesar 5,2 persen wanita kawin yang dikunjungi petugas lapangan KB dan berdiskusi tentang KB, sedangkan 88,2 persen wanita kawin tidak berdiskusi tentang KB dengan petugas KB atau provider.
7. Masih lemahnya komitmen dan dukungan pemangku kepentingan terhadap program KKBPK, yaitu terkait kelembagaan, kebijakan, perencanaan program dan penganggaran.

Terkait dengan pengetahuan, sikap dan perilaku KB di atas, data SDKI 2012 menunjukkan bahwa persentase perempuan yang tidak ingin menggunakan alat kontrasepsi di masa depan cukup tinggi, yaitu 37,7 persen. Selain itu, lebih dari seperempat dari perempuan yang belum memiliki anak, tidak ingin menggunakan kontrasepsi. Demikian juga halnya dengan wanita yang baru memiliki satu anak, lebih dari 25 persen tidak ingin menggunakan alat kontrasepsi. Kenyataan ini secara tegas menunjukkan bahwa diperlukan suatu upaya penciptaan kebutuhan (*demand creation*) yang jitu dan efektif.

B. SITUASI KOMUNIKASI, INFORMASI DAN EDUKASI

Segmentasi Khalayak Sasaran

Dari diskusi dalam “*Pertemuan Evaluasi dan Pemantapan Advokasi dan KIE Program KKBPK Bagi Seluruh Kabid ADPIN BKKBN Perwakilan Provinsi*”, muncul evaluasi terhadap segmentasi khalayak. Peserta diskusi yang mewakili seluruh provinsi di Indonesia menyebutkan bahwa selama ini segmentasi khalayak yang akurat belum banyak dilakukan.

Selain segmentasi berdasarkan usia dan tahapan kehidupan (remaja, belum menikah, sudah menikah dan ingin menjarangkan kelahiran, sudah menikah dan ingin membatasi kelahiran), dirasakan perlunya melakukan segmentasi dengan dasar pembagian yang lain:

- Khalayak harus dipetakan berdasarkan data:
 - o Misalnya di daerah di mana KB sudah bisa diterima, sementara pola asuh anak masih belum baik, maka diperlukan materi yang sesuai (Cirebon).
 - o Di daerah yang tingkat perceraianya tinggi sulit untuk mengkampanyekan MKJP (Indramayu).
 - o Suku Bugis memiliki pernikahan dini yang tinggi, sementara Suku Bajo memiliki kebudayaan untuk memiliki anak yang banyak. Oleh karena itu pelibatan tokoh yang didengar oleh suku ini, misalnya tokoh adat, perlu dirangkul dan disediakan materi komunikasi yang sesuai (Sulawesi Tenggara).
- Perlu segmentasi khusus di daerah kepulauan karena adanya ruang waktu yang sempit untuk menjangkau khalayak sasaran. Penjangkauan dan layanan sangat dipengaruhi oleh keadaan cuaca. Di daerah seperti Kepulauan Maluku, kesempatan melakukan penjangkauan dan pelayanan hanya sekitar enam bulan saja dalam satu tahun.
- Karena sifat pekerjaannya, akseptor di daerah nelayan (Sulawesi Tenggara) lebih cenderung memakai kondom.

Segmentasi ini tidak hanya akan berimplikasi pada pengembangan strategi pesan tetapi juga cara penyampaian pesan.

Pengetahuan, Sikap dan Pengaruh Lingkungan

Seperti disinggung di bagian lain dokumen ini, pengetahuan tentang KB dan alat kontrasepsi sangat tinggi (98% dari Pasangan Usia Subur/PUS), namun tidak diikuti dengan perilaku untuk menjadi peserta KB 57,9% (SDKI 2012).

Dalam studi formatif yang dilakukan oleh program *Improving Contraceptive Method Mix/ICMM* (6 kabupaten, 2 provinsi melibatkan 13.162 responden) dan *PilihanKu* (11 kabupaten, 4 provinsi melibatkan 20.700 responden), teridentifikasi kondisi yang menyebabkan masih belum

maksimalnya capaian program KB serta mengapa akseptor KB tidak menggunakan metode yang sesuai dengan kebutuhannya (misalnya menggunakan metode Non-MKJP di saat seharusnya ia menggunakan metode MKJP). Kondisi itu adalah:

1. Pengetahuan mengenai MKJP tidak akurat

- Tidak tahu MKJP dan sterilisasi bisa untuk ibu yang jumlah anaknya sudah cukup.
- Tidak mengetahui jangka waktu penggunaan IUD/Implan.
- Tidak tahu bahwa IUD/Implan bisa digunakan untuk menjaga jarak kelahiran.
- Tidak tahu bahwa IUD/Implan itu bisa dicabut dan kesuburan bisa kembali.
- Mendengar gosip mengenai risiko MKJP.

2. Sikap terhadap MKJP tidak positif

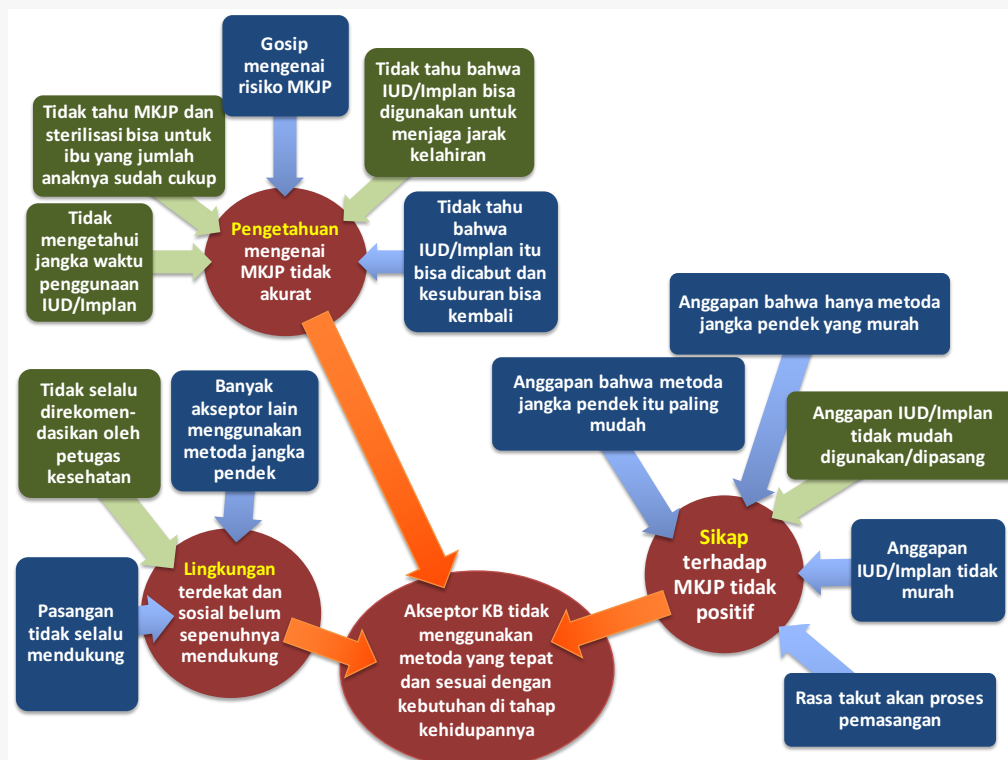
- Menganggap IUD/Implan tidak mudah digunakan/dipasang.
- Anggapan bahwa metoda jangka pendek itu paling mudah.
- Memiliki rasa takut akan proses pemasangan.
- Menganggap IUD/Implan tidak murah.
- Menganggap bahwa hanya metoda jangka pendek yang murah.

3. Lingkungan terdekat dan sosial belum sepenuhnya mendukung

- Tidak selalu direkomendasikan oleh petugas kesehatan.
- Banyak akseptor lain menggunakan metoda jangka pendek.
- Pasangan tidak selalu mendukung.

Jika digambarkan maka hubungan masing-masing kondisi tersebut adalah seperti gambar berikut:

Situasi yang Membuat Calon Aseptor Tidak Menjadi Peserta KB atau Tidak Menggunakan Metode yang Paling Sesuai untuk Diri



Hasil Asesmen Program Pilihanku (2015)

Miskonsepsi terhadap IUD

Suami tidak nyaman

"Saya dengar suami bisa merasakan IUD." Batam, Kepri

Bergerak di dalam tubuh

"Saya dengar IUD bisa menancap di jantung." Kota Jambi, Jambi

Pendarahan

"IUD bisa menyebabkan pendarahan banyak." Tabanan, Bali

Tidak dapat bekerja keras

"IUD bisa keluar dari badan kalau bekerja keras." Tabanan, Bali

Malu

"Malu kalau buka-bukaan." Muaro Jambi, Jambi

Miskonsepsi terhadap Implan

Takut ketika dipasang

"Menyeramkan karena banyak darah keluar ketika dipasang." Depok, Jawa Barat

Bergerak di dalam tubuh

"Katanya implan bisa tiba-tiba hilang dari tangan." Gorontalo Utara, Gorontalo

Tidak dapat mens itu tidak baik

"Implan menyebabkan mens tidak keluar, sehingga darah kotor di dalam tubuh."

Karawang, Jawa Barat

Tidak dapat bekerja keras

"Saya tidak dapat bekerja keras, nanti implannya keluar dari kulit."

Pontianak, Kalimantan Barat

Walau dalam data SDKI 2012 pengetahuan akan KB dan metodenya cukup tinggi (IUD 82%, Implan 89%, Suntik 98%, Pil 97%), namun pengetahuan itu tidak akurat. Ekspresi berikut muncul secara konsisten dalam asesmen program Pilihanku:

"Katanya IUD bisa untuk selamanya. Benarkah?"

Ibu dari 3 anak, Kepulauan Riau

*"Saya tidak tahu sampai berapa lama IUD
dan implan bisa efektif."*

Ibu dari 2 anak, Jambi

*"Saya tidak tahu bedanya antara metode hormonal
dan non hormonal."*

Ibu dari 3 anak, Gorontalo

Walaupun tidak ditemukan di semua lokasi, namun masih ada hambatan dari sisi agama:

- KB dianggap sama dengan membunuh.
- Anak merupakan pemberian Tuhan, maka menghalanginya adalah dosa.
- Membatasi jumlah anak akan berakibat buruk terhadap ketahanan keluarga.
- Tidak boleh buka-bukaan walaupun kepada sesama jenis (dalam pemasangan IUD).

Sumber informasi yang Diandalkan Khalayak Sasaran

Data SDKI menunjukkan bahwa media sumber informasi yang diandalkan oleh khalayak sasaran adalah TV dan Poster, seperti nampak dalam tabel berikut. Namun tabel itu juga menunjukkan bahwa cukup signifikan khalayak sasaran yang tidak terpajan oleh pesan dari media.

Keterpaparan Terhadap Pesan KB di Media Wanita/Pria Kawin 15-49 tahun						
	Radio	TV	SK/ Majalah	Poster	Pamflet	Tidak Satupun
Wanita	9,5	45,3	13,6	26,2	14	45,8
Pria	12,5	47,7	19,4	35,7	18,0	38,0

Sementara itu dari sisi petugas, perawat/bidan adalah petugas yang menjadi sumber pesan KB yang paling dominan, setelah itu diikuti oleh petugas KB. Hal itu tercermin dalam tabel berikut:

Pesan KB Melalui Petugas Wanita Berstatus Menikah								
%	Petugas KB	Guru	Tokoh Agama	Dokter	Perawat/ Bidan	Tokoh Masyarakat	Klp Wanita	Apoteker
	10,4	0,6	1,8	6,2	23,7	2,0	6,1	0,6

Hal ini merupakan sesuatu yang positif, namun sayangnya data SDKI juga menunjukkan bahwa kontak dengan petugas atau layanan KB tidak selalu disertai dengan diskusi mengenai KB. Tabel berikut memperlihatkan hal itu.

Kontak dengan Petugas/Pemberi Layanan KB Wanita Bukan Peserta KB				
%	Dikunjungi Petugas Lapangan dan Diskusi KB	Mengunjungi Faskes 12 bulan Terakhir		Tidak Diskusi dengan Petugas/ Pemberi Layanan KB
		Diskusi ttg KB	Tidak Diskusi ttg KB	
	5,2	8,3	37,7	88,2

Sumber ketiga tabel: SDKI, 2012

Sejalan dengan temuan dari SDKI di atas, hasil studi formatif program ICMH yang melibatkan 13.162 responden, menunjukkan bahwa tenaga kesehatan adalah pihak yang paling sering memiliki kontak dengan responden. Antara 36 dan 50% rumah tangga pernah dikunjungi oleh tenaga kesehatan terkait pelayanan kesehatan ibu dan anak dalam enam bulan terakhir sebelum wawancara dilakukan. Masyarakat juga merupakan salah satu sumber informasi KB yang paling sering disebutkan.

Dalam studi formatif program PilihanKu yang melibatkan 20.700 responden, berdasarkan tabel sumber informasi KB dari Petugas Kesehatan, Masyarakat dan Media seperti nampak di bawah ini, maka kita bisa menyusun daftar pihak yang dijadikan sumber informasi KB oleh khalayak sasaran program KB.

Sumber Informasi KB yang Diandalkan Khalayak Sasaran

Petugas Kesehatan	Masyarakat	Media
Bidan Dokter Perawat Kader PLKB Apotik	Tetangga Saudara Toma Pertemuan Toga	Televisi Koran Internet Radio Poster Brosur Medsos SMS/Apps

Data mengenai sumber informasi KB juga dicakup oleh Riset RPJMN. Konstelasi yang muncul tidak terlalu berbeda di mana TV masih sangat dominan. Demikian juga dengan sumber informasi dari petugas. Petugas kesehatan masih sangat dominan sebagai sumber informasi KB. Data ini juga menunjukkan hal yang menarik yang sejalan dengan tabel di atas. Di tingkat desa, perangkat desa juga memiliki peran sebagai sumber informasi KB. Hal ini bisa dimaksimalkan dalam program keluarga berencana.

Presentase Keluarga yang Mengetahui Info KB dari Media Massa dan Luar Ruang														
Radio	TV	Media Trad.	Koran/Majalah	Pamflet	Leaflet	Lembar Balik	Poster	Spanduk	Billboard	Pameran	Web	Mupen	Mural	dll
33,3	92,3	9,9	31,9	19,8	19,6	10,2	36	41,9	31,2	9,6	13,4	20,2	8,2	1,9
Presentase PUS yang Mengetahui Info KB dari Media Massa dan Luar Ruang														
33,6	93,0	10,1	33,6	21,2	21,2	11	38,2	44,4	33,0	10,3	15,2	21,3	8,7	1,8

Presentasi Keluarga yang Mengetahui Informasi KB dari Petugas								
PLKB/ Penyuluh	Guru	Tokoh Agama	Tokoh Masyarakat	Dokter	Bidan/ Perawat	Perangkat Desa	PPKBD/ SubPPKBD/ Kader	Lainnya
44,6	12	12	21,3	36,6	74,9	22,5	39,7	2,7
Presentasi PUS yang Mengetahui Informasi KB dari Petugas								
45,5	12,7	11,9	21,2	38	77,3	22,3	40,5	2,6

Sumber kedua tabel: Riset RPJMN, 2015

Perbandingan antara media massa (*above the line*) dan media luar ruang (salah satu jenis *below the line*) dalam Riset RPJMN 2015 juga konsisten dengan temuan SDKI 2012. Media massa masih merupakan jenis media yang dominan.

Presentase Keluarga yang Pernah Mendengar Minimal Satu Informasi tentang Kependudukan, KB, KRR Dari Media Massa dan Media Luar Ruang					
Mendengar Informasi Kependudukan		Mendengar Informasi KB		Mendengar Informasi KRR	
Media Massa	Media Luar Ruang	Media Massa	Media Luar Ruang	Media Massa	Media Luar Ruang
94,8	50,3	94,4	63,3	95	46
Presentase PUS yang Pernah Mendengar Minimal Satu Informasi tentang Kependudukan, KB, KRR Dari Media Massa dan Media Luar Ruang					
95,7	52,8	94,9	66,3	95,5	48,2

Sumber: Riset RPJMN, 2015

Tabel-tabel berikut dari studi formatif program ICMM dan PilihanKu (JHCCP, 2015), menunjukkan data dengan konstelasi yang tidak jauh berbeda. Dalam data ini juga nampak, internet mulai menjadi sumber alternative informasi KB. Walau angkanya masih kecil namun hal ini memberi harapan atas pemanfaatan teknologi informasi ini.

Sumber Informasi KB dari Media

	North Sumatera										
	Medan	Deli	Asahan	Jak-Tim	Jak-Ut	Brebes	Cilacap	Klaten	Makassar	Gowa	Bulukumba
	(n=1405) %	(n=1240) %	(n=597) %	(n=6668) %	(n=5851) %	(n=1177) %	(n=1226) %	(n=592) %	(n=701) %	(n=686) %	(n=453) %
TV	62.0	39.8	42.2	52.4	38.3	16.6	30.5	24.0	51.5	30.1	37.1
Radio	6.4	6.1	0.8	3.4	1.4	0.7	1.8	1.9	2.5	1.6	3.5
Newspaper	7.2	2.2	2.1	6.1	1.0	1.0	0.8	1.7	4.8	2.1	2.5
Pamphlets/brochure	3.5	0.6	0.4	2.9	1.1	0.6	1.2	1.3	2.4	0.3	0.3
Poster	3.6	2.4	0.4	2.6	2.7	0.5	1.1	1.2	1.7	1.2	1.7
Internet sites	6.6	1.3	1.9	11.9	5.4	2.0	3.2	3.5	2.8	1.7	1.2
SMS	0.0	0.0	0.2	0.2	1.0	0.0	0.0	0.1	0.1	0.1	0.0
Facebook	0.4	0.3	0.3	1.4	0.6	0.1	0.4	0.1	0.6	0.3	0.6
BBM	0.1	0.0	0.2	0.1	0.5	0.0	0.2	0.1	0.1	0.0	0.0
Twitter	0.1	0.0	0.1	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0
Whatsapp	0.1	0.0	0.0	0.1	0.1	0.0	0.1	0.0	0.1	0.0	0.1
Other app. in HP	0.0	0.1	0.0	0.5	0.1	0.1	0.1	0.0	0.3	0.2	0.1

Sumber Informasi KB dari Petugas Kesehatan

	North Sumatera										
	Medan	Deli	Asahan	Jak-Tim	Jak-Ut	Brebes	Cilacap	Klaten	Makassar	Gowa	Bulukumba
	(n=1405) %	(n=1240) %	(n=597) %	(n=6668) %	(n=5851) %	(n=1177) %	(n=1226) %	(n=592) %	(n=701) %	(n=686) %	(n=453) %
Doctor	24.8	11.0	7.1	19.5	22.8	7.9	8.0	13.3	26.3	10.3	6.0
Nurse	6.2	5.5	6.7	1.3	1.4	1.9	1.5	2.0	10.4	7.3	7.9
Midwife	64.0	71.6	84.0	59.3	58.7	86.4	85.3	84.5	63.7	76.0	69.6
FP field officer	4.5	1.9	5.9	4.3	2.5	1.9	2.4	3.9	7.1	3.8	5.4
Drugstore	1.1	1.3	1.7	1.0	0.5	0.6	0.5	0.7	3.0	1.0	0.3
Cadres	5.3	2.2	5.7	8.5	10.3	7.8	21.0	15.5	17.9	8.1	7.3

Sumber Informasi KB dari Masyarakat Sekitar

	Medan (n=1405) %	Deli (n=1240) %	Asahan (n=597) %	Jak-Tim (n=6668) %	Jak-Ut (n=5851) %	Brebes (n=1177) %	Cilacap (n=1226) %	Klaten (n=592) %	Makassar (n=701) %	Gowa (n=686) %	Bulukumba (n=453) %
Traditional healer	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.4	0.1	0.0	0.0	0.0	1.2
Community meeting i											

Hasil studi formatif program ICMM dan PilihanKu (JHCCP, 2015)

Jika kita lihat karakteristiknya serta bagaimana interaksi terjadi di lapangan, maka masing-masing sumber informasi ini sebenarnya saling mengisi.

Bidan dan Dokter, walaupun sangat diandalkan dan memiliki informasi yang akurat dan mendalam, namun tidak setiap saat dapat ditemui oleh khalayak. Apalagi jika khalayak sasaran program berada di daerah yang terpencil, kepulauan atau di perbatasan. Sebaliknya, media massa dan koran, memiliki jangkauan yang luas dan serentak, lebih mudah diakses, namun informasi yang disampaikan sifatnya terbatas (misalnya iklan layanan masyarakat hanya berdurasi 30 atau 15 detik, hanya pesan-pesan kunci saja yang bisa disampaikan). Ada pihak yang relatif selalu siap untuk dimintai informasi karena berada dekat dengan khalayak, yakni tetangga dan saudara, namun informasi yang mereka miliki belum tentu akurat. Malah dalam banyak kasus, ketidakakuratan informasi tetangga dan saudara justru menjadi sumber miskonsepsi yang disinggung di bagian pengetahuan di atas.

Pesan Program KB

Berdasarkan hasil diskusi dalam *"Pertemuan Evaluasi dan Pemantapan Advokasi dan KIE Program KKBPB Bagi Seluruh Kabid ADPIN BKKBN Perwakilan Provinsi"*, pesan yang selama ini disampaikan di tingkat lapangan adalah:

- o Dua anak cukup
- o Delapan fungsi keluarga
- o 1000 hari pertama kehidupan
- o Empat Terlalu dan Tiga Terlambat
- o MKJP
- o Pesan GenRe:
 - Menghindari seks pranikah
 - Peningkatan usia perkawinan
 - Menghindari narkoba

Biasanya pesan ini adalah pesan yang dikembangkan di pusat dan kemudian diadaptasi di daerah. Pesan dua anak cukup kerap mengalami tentangan dari masyarakat, terutama di daerah yang lahannya masih luas seperti di Papua. Pada daerah ini, pesan pembatasan kelahiran perlu disiasati dengan pesan lain misalnya pesan yang terkait dengan keuntungan ekonomi dan kesehatan jika melakukan pengaturan kelahiran.

Rekomendasi dari penelitian potong lintang (*cross sectional study*) dengan sampel semua wanita

berstatus kawin yang tercakup dalam data SDKI 2012, yang dilakukan oleh Pusat Penelitian dan Pengembangan Kependudukan juga merekomendasikan agar strategi kampanye “2 anak cukup” harus mengarah pada perubahan perilaku dengan memperhatikan konteks lokal.

Dari diskusi juga terungkap, ada upaya untuk menyampaikan pesan-pesan ini dengan cara yang mudah diterima dan dipahami masyarakat. Misalnya dengan menyampaikan dalam bahasa daerah atau dialek yang sesuai, atau misalnya bagi suku terasing seperti di Sulawesi Tenggara, pesan yang disampaikan secara visual lebih mudah menarik perhatian dan dipahami. Ini juga berlaku bagi masyarakat yang pendidikannya masih relatif rendah atau masih buta huruf.

Selain pesan yang umum, di tingkat lapangan juga pelaku program KB mencoba merespon situasi-situasi spesifik, misalnya di daerah di mana para orang tua memiliki konsep banyak anak banyak rezeki perlu perlu disampaikan penjelasan mengenai beban yang harus ditanggung terkait jumlah anak yang dimiliki serta pesan-pesan terkait dengan hak anak anak.

REKOMENDASI HASIL PENELITIAN EVALUASI
Kajian dan Evaluasi Pelaksanaan Kebijakan Advokasi dan KIE KB
Direktorat Kependudukan, PP dan PA, Bappenas (2014)

Strategi KIE

Perlu dikembangkan metoda perancangan program KIE dan indikator keberhasilan yang tidak saja terkait dengan capaian KB namun juga mencakup aspek perilaku, di tingkat sub nasional.

- Dari sisi pesan, untuk menjaga konsistensi namun pada saat yang sama merespon keberagaman situasi dan kondisi daerah terdapat tiga tingkat pesan dengan benang merah yang terjaga
 - Di tingkat nasional: pesan payung yang menaungi seluruh pesan-pesan yang dikembangkan di tingkat sub nasional.
 - Di tingkat provinsi: pesan yang merespon pada mandat dan visi-misi provinsi.
 - Di tingkat kabupaten/kota: pesan yang merespon pada (1) manfaat yang akan dirasakan khalayak; (2) hambatan adopsi KB; (3) memperhatikan kebutuhan dan kearifan lokal.

Pesan ini juga harus tercerminkan di ruang konseling pelayanan KB yang berada di ranah mitra kerja, misalnya di dinas kesehatan.

- Metoda perancangan program KIE dan indikator keberhasilan ini memiliki kelengkapan komponen, seperti:
 - Analisis situasi untuk membangun strategi.
 - Mandat nasional dan daerah.
 - Materi-materi yang sudah tersedia, rasio tenaga penggerak, pemetaan jejaring mitra dan potensi sumber daya penggerakan dari mitra, baik yang bersifat momentum maupun yang terus menerus.
 - Analisis pengetahuan, sikap dan perilaku masyarakat kabupaten/kota, dan aspek nilai sosial budaya masyarakat.
 - Potensi dukungan dari pusat.
 - Pengembangan pesan kunci yang sesuai kebutuhan daerah.
 - Identifikasi kebutuhan materi serta pihak yang bisa mendukung.
 - Identifikasi kebutuhan kegiatan penggerakan serta pihak yang bisa mendukung, identifikasi peran mitra serta pemanfaatan saluran komunikasi daerah/tradisional.
 - Perhitungan terpaan dari kegiatan penggerakan serta keluaran apa yang diharapkan, target capaian KB.

- Identifikasi dampak berdasarkan keluaran dari masing-masing aktivitas.
- Mobilisasi sosial untuk menggerakan mitra serta mekanisme koordinasinya.
- Pemantauan, evaluasi dan penyempurnaan program.

Kenaikan kepesertaan MKJP menjadi salah satu sasaran rencana strategis. Selama ini perkembangan kepesertaan MKJP kurang menggembirakan. Diperlukan suatu terobosan dalam strategi penciptaan kebutuhan akan MKJP, baik dari sisi kegiatan, media maupun perumusan pesan.

Data SDKI 2012 menunjukkan angka yang menggembirakan dari sisi pengetahuan mengenai paling sedikit satu jenis alat/cara KB. Seperti terlihat dalam tabel berikut.

Tabel 7.2 Pengetahuan alat/cara KB menurut karakteristik latar belakang

Persentase wanita umur 15-49 dan pria kawin umur 15-54 yang mengetahui paling sedikit satu jenis alat/cara KB dan satu jenis alat/cara KB modern menurut karakteristik latar belakang, Indonesia 2012

Karakteristik latar belakang	Wanita			Pria		
	Tahu suatu alat/cara KB	Tahu suatu alat/cara modern ¹	Jumlah	Tahu suatu alat/cara KB	Tahu suatu alat/cara modern ¹	Jumlah
Umur						
15-19	94,7	94,6	6.927	100,0	100,0	28
20-24	97,8	97,8	6.305	94,4	94,4	345
25-29	98,8	98,7	6.959	98,3	98,3	1.127
30-34	99,2	99,2	6.876	98,4	98,1	1.674
35-39	98,8	98,8	6.882	98,1	97,8	1.775
40-44	98,8	98,7	6.252	97,9	97,7	1.693
45-49	98,1	98,0	5.407	97,4	97,1	1.371
50-54	na	na	0	94,0	94,0	1.292
Daerah Tempat Tinggal						
Perkotaan	98,9	98,8	23.805	98,6	98,6	4.739
Perdesaan	97,1	97,0	21.802	96,0	95,7	4.567
Pendidikan						
Tidak sekolah	83,5	82,7	1.500	77,5	76,6	265
Tidak tamat SD	97,0	96,9	4.870	92,9	92,4	1.371
Tamat SD	98,4	98,3	10.254	97,3	97,1	2.118
Tidak tamat SMTA	97,8	97,8	12.753	98,8	98,8	1.979
Tamat SMTA	99,5	99,5	10.677	99,6	99,5	2.453
Perguruan Tinggi ²	99,6	99,6	5.552	99,9	99,9	1.119
Kuintil Kekayaan						
Terbawah	94,1	93,8	7.767	91,9	91,5	1.596
Menengah bawah	98,0	97,9	8.784	96,4	96,0	1.866
Menengah	99,0	99,0	9.243	98,8	98,8	2.008
Menengah atas	99,2	99,2	9.743	99,0	98,9	1.962
Teratas	99,1	99,0	10.071	99,6	99,6	1.875
Jumlah	98,0	98,0	45.607	97,3	97,2	9.306

na = tidak berlaku

¹ Sterilisasi wanita, sterilisasi pria, pil, IUD, suntikan, susuk KB, kondom, diafragma, metode amenore laktasi (MAL), dan kontrasepsi darurat.

² Perguruan Tinggi adalah: Diploma, S1/S2/S3

Namun demikian, pengetahuan yang sifatnya lebih rinci mengenai KB (termasuk metode KB), masih belum sesuai dengan yang diharapkan. Dari hasil riset terkait dengan pengetahuan, sikap dan perilaku terhadap metode KB nampak bahwa terdapat korelasi yang kuat antara kelengkapan informasi mengenai MKJP yang diterima dan anjuran yang didapatkan untuk menggunakan MKJP. Ini merupakan dua faktor esensial yang terbukti dapat meningkatkan kepesertaan MKJP. Secara ringkas hasil perhitungan statistik mengenai faktor yang membuat seorang ibu memutuskan untuk menggunakan MKJP adalah seperti dalam tabel berikut.

HASIL STUDI FORMATIF

Program PilihanKu (N=20.700)

Seorang perempuan memiliki kemungkinan untuk menggunakan metoda jangka panjang (MKJP) seperti IUD dan Implan jika:

- Ia tahu IUD dan Implan bisa untuk memberi jarak kelahiran.
- Ia tahu IUD bisa digunakan selama 3 sampai 12 tahun.
- Ia mendapat anjuran untuk menggunakan MKJP.
- Ia percaya bahwa implan mudah digunakan.
- Ia tahu bahwa IUD, implan dan sterilisasi bisa digunakan untuk membatasi kelahiran.

Seorang perempuan memiliki kemungkinan **10 kali lipat** untuk menggunakan MKJP jika ia tahu bahwa IUD dan Implan adalah bagus untuk memberi jarak kelahiran

Seorang perempuan memiliki kemungkinan **2,5 kali lipat** untuk menggunakan MKJP jika ia tahu bahwa IUD bisa digunakan selama 3-12 tahun

Seorang perempuan memiliki kemungkinan lebih dari **2 kali lipat** untuk menggunakan MKJP jika ia mendapat anjuran menggunakan MKJP dari petugas kesehatan

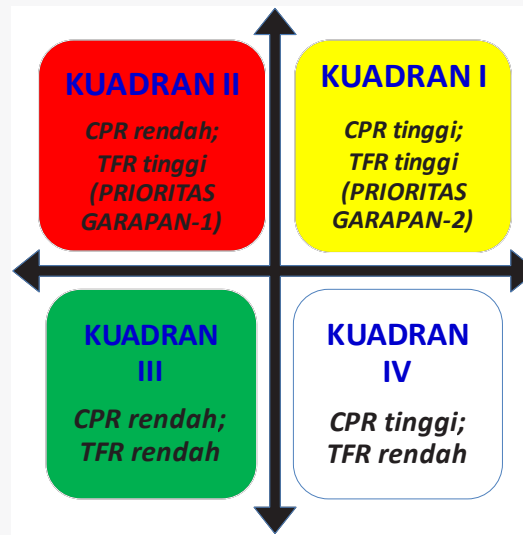
Pengguna metoda jangka pendek (pil dan suntik) lebih banyak mengalami efek samping daripada pengguna MKJP dan metoda permanen (steril)

Tiga perempat pengguna MKJP mempertahankan metoda yang digunakan, sementara terdapat 38% pengguna Non-MKJP yang diskontinyu

Analisis Kuadran dan Pesan

Upaya lain yang dilakukan BKKBN dalam mengembangkan pesan program adalah dengan melakukan analisis karakteristik daerah berdasarkan capaian CPR dan angka TFR. Analisis ini dikenal dengan sebutan analisis kuadran di mana, daerah dibagi menjadi empat kategori berdasarkan dua indikator tersebut.

Pembagian Kuadran Daerah Berdasarkan profil CPR dan TFR



Sumber: BKKBN

Peta berikut menunjukkan profil provinsi di Indonesia berdasarkan situasi kuadran yang mereka hadapi. Di dalam provinsi ini sendiri jika dilihat di tingkat kabupaten/kota, maka akan nampak bahwa profil provinsi tidak selalu sama dengan profil kabupaten/kota yang ada. Bisa saja di tingkat provinsi profil yang berlaku adalah kuadran II namun di tingkat kabupaten/kota terdapat daerah yang berada di kuadran I, III atau IV. Profil kuadran yang dominan adalah profil II.

Peta Sebaran Kuadran Berdasarkan Provinsi



Sumber: BKKBN

Profil kuadran yang berbeda mensyaratkan pengembangan program dan perumusan pesan yang berbeda. Di kuadran II yang merupakan prioritas garapan utama karena CPR rendah dan TFR tinggi, maka program perlu ditekankan pada aspek program KB. Pesan yang bisa diterapkan adalah pesan yang langsung terkait dengan kepesertaan KB. Pada kuadran I, nampak bahwa CPR tinggi dan TFR tinggi. Hal ini disebabkan salah satunya karena alokon yang digunakan didominasi oleh MKJP sehingga berisiko *drop out*. Selain itu keadaan di mana seseorang menjadi akseptor saat anaknya sudah lebih dari dua juga mempengaruhi daerah tersebut untuk jatuh ke dalam kudaran ini. Karena itulah daerah kuadran I menjadi prioritas garapan ke dua.

Potret Program KKBPK berdasarkan Pendekatan Analisis Kuadran

Kuadran II	Kuadran I (anomali)
CPR rendah TFR tinggi <i>Prioritas garapan 1</i> Fokus pada Program KB Contoh Lokasi Batang Hari, Jambi Padang Pariaman, Sumatera Barat Selayar, Sulawesi Selatan Maros, Sulawesi Selatan Barro, Sulawesi Selatan Toraja Utara, Sulawesi Selatan	CPR tinggi TFR tinggi <i>Prioritas garapan 2</i> Fokus pada MKJP Karena TFRnya masih tinggi (CPR tinggi dengan TFR tinggi, sangat mungkin disebabkan alokon yang banyak digunakan adalah non-MKJP) Penyebab Tingkat <i>drop out</i> yang tinggi Akseptor KB yang <i>drop out</i>, diganti akseptor baru Akseptor yang <i>drop out</i> menjadi hamil Jumlah yang hilang diganti dengan jumlah yang baru
Kuadran III (anomali)	Kuadran IV (Ideal)
CPR rendah TFR rendah Promosi Kafetaria Alokon (Semua jenis alokon dipromosikan, tidak hanya MKJP) Contoh Lokasi Kota Manado Prov. DKI Kota Palu	CPR tinggi TFR rendah Program KB tidak relevan lagi diperkuat Strateginya harus fokus pada KS/PK. Di Indonesia 25% akseptor KB selalu hilang/<i>drop out</i> (<i>discountinued</i>) Contoh Lokasi Prov. Kalimantan Tengah Prov. Jambi Kab. Minahasa Utara

Diedit seperlunya dari Potret Program KKBPK berdasarkan Pendekatan Analisis Kuadran (PUSNA, 2015)

Saat ini belum semua daerah baik di tingkat provinsi maupun kabupaten/kota yang mampu merespon dengan baik situasi profil kuadran ini. Dalam konteks ini, strategi pelaksanaan program BKKBN masih kurang baik di lapangan. Untuk meningkatkan keberhasilan pelaksanaan program KKBPK, dalam setiap pelaksanaan program perlu melihat masalah spesifik yang terjadi di suatu daerah. Salah satunya dengan menggunakan analisis kuadran.

Saluran Komunikasi yang Digunakan

Media Massa (*Above the line*)

Media Massa Cetak

Strategi yang dipraktekkan terkait dengan surat kabar saat ini adalah dengan menyediakan forum, pelatihan dan bekerjasama dengan media cetak untuk penyebarluasan informasi.

Informasi ini disampaikan melalui:

- advertorial dengan narasumber dari mitra kerja.
- iklan Program KKBPK satu bulan sekali.
- iklan kecil isi pesan sesuai dengan prioritas dan berganti setiap 2 minggu.
- liputan kegiatan besar melalui advertorial dengan narasumber yang relevan dengan isi pesan.
- konferensi pers mengundang wartawan.

Di beberapa daerah yang kerjasama medianya terjalin dengan baik, terdapat beberapa media yang secara rutin mewawancarai pihak BKKBN.

Pendistribusian surat kabar bisa mencapai tingkat desa namun untuk majalah kasusnya berbeda. Tidak terlalu banyak masyarakat desa yang membaca majalah dan majalahpun di daerah biasanya terbatas dari sisi eksemplar. Beberapa surat kabar juga memiliki versi online, namun versi online ini biasanya hanya diakses oleh kalangan menengah atau di perkotaan saja.

Kerjasama media ini biasanya melalui kerjasama yang melibatkan pembayaran, baik untuk pemuatan advertorial maupun untuk liputan kegiatan seperti konperensi pers.

Televisi

Di lapangan, jajaran BKKBN bekerjasama dengan stasiun televisi lokal dan Televisi Republik Indonesia (TVRI). Bentuk tayangan televisi yang biasanya dimanfaatkan adalah:

- Sandiwara televisi bekerjasama dengan stasiun swasta lokal.
- Penjelasan ringkas tentang program (durasi sekitar 10 menit).
- Diskusi/*Talkshow*.
- Iklan layanan masyarakat.
- *Running text* di TVRI dan stasiun televisi swasta.
- Liputan kegiatan.

Selain itu terdapat juga kerjasama juga dengan stasiun televisi kabel. Stasiun televisi lokal biasanya hanya mencakup wilayah tertentu saja, atau provinsi.

Televisi oleh pihak di lapangan dirasakan sebagai media yang sangat efektif. Hal ini juga terkait dengan masih minimnya minta baca khalayak sasaran program KB. Banyak brosur, *leaflet* atau *flyer* yang dibagikan tidak dibaca dengan baik dan tersia-sia.

Radio

Sama seperti dengan stasiun televisi, BKKBN juga bekerjasama dengan stasiun radio. Bentuk acara yang digunakan di radio antara lain:

- Sandiwara radio.
- Iklan layanan masyarakat.
- Dialog interaktif.
- Liputan kegiatan.

Dialog interaktif melibatkan nara sumber BKKBN atau sektor terkait, remaja GenRe, duta mahasiswa untuk isu kesehatan reproduksi. Dialog interaktif juga dimanfaatkan oleh masing-masing bidang

BKKBN untuk menjelaskan programnya.

Iklan layanan masyarakat di daerah biasanya menggunakan bahasa daerah tersebut. Iklan layanan masyarakat ini juga dapat berbentuk testimoni dari peserta KB pria.

Radio komunitas memiliki kelebihan dalam menjangkau masyarakat karena menggunakan Bahasa yang sama dengan Bahasa yang digunakan masyarakat, namun jangkauannya memang tidak luas.

Menurut pihak provinsi, BKKBN memiliki perangkat untuk produksi audio namun tidak semua sumber daya manusia pengelolanya cukup cakap dalam melakukan produksi.

Media Luar Ruang dan Materi yang Dibagikan (*Below the line*)

Media luar ruang yang dianggap efektif adalah baliho dengan pesan kunci sesuai dengan permasalahan yang dihadapi kabupaten. Pemasangan baliho umumnya adalah satu tahun karena anggarannya hanya tersedia setahun sekali. Pemasangan baliho di kabupaten kota biasanya dibiayai melalui anggaran APBD. BKKBN di tingkat provinsi dan kabupaten berharap baliho ini dapat berganti pesan setiap enam bulan sekali atau lebih sering. Hal ini karena akses terpaannya cukup tinggi dan agar lebih banyak pesan yang bisa disampaikan.

Seperti disampaikan sebelumnya media brosur, *leaflet* atau *flyer* yang dibagikan tidak dikonsumsi dengan baik dan tersisa-sisa. Hal ini terkait dengan minat baca yang masih minim di banyak daerah, terutama di pedesaan. Khalayak sasaran di daerah ini lebih menyukai media audio visual seperti televisi.

Demikian juga halnya dengan poster. Pengelola program di daerah merasa poster kurang efektif karena sejalan dengan waktu poster akan lepas. Poster dianggap cocok untuk wilayah yang akses terhadap media elektroniknya sulit. Problem lain dengan poster adalah jika ia dipasang di fasilitas kesehatan. Dinding fasilitas kesehatan biasanya sudah penuh dengan berbagai poster dengan berbagai isu kesehatan yang diproduksi oleh pihak lain.

Materi cetak yang dibagikan ini (brosur dan poster) juga mengalami problem dari sisi pendistribusian. Materi yang diproduksi di tingkat nasional atau di provinsi, kerap tidak ditemui di lapangan atau di fasilitas kesehatan karena berbagai alasan. Alasan yang kerap dimunculkan adalah tidak adanya dana distribusi. Beberapa provinsi saat ini mengubah pola distribusinya dengan mengirimkan langsung materi tersebut ke fasilitas kesehatan. Distribusi pola baru ini dilakukan dengan memanfaatkan kegiatan seperti pertemuan, pelatihan dan saat melakukan kegiatan dengan MUPEN (Mobil Unit Penerangan).

Beberapa provinsi sudah memanfaatkan videotron, misalnya di Provinsi Sulawesi Selatan dan Kalimantan Selatan. Di Kalimantan Selatan, Videotron dimanfaatkan untuk menayangkan *running text*. Sementara di Provinsi Sulawesi Utara, BKKBN memanfaatkan TV plasma untuk menayangkan *running text* ini.

Walaupun dari sisi terpaan, media luar ruang ini cukup banyak menjangkau khalayak sasaran, namun memerlukan biaya yang tidak sedikit. Tidak semua daerah memiliki biaya yang cukup.

Peserta diskusi dalam "*Pertemuan Evaluasi dan Pemantapan Advokasi dan KIE Program KKBPB Bagi Seluruh Kabid ADPIN BKKBN Perwakilan Provinsi*" menyebutkan masalah lain yang terkait dengan ragam media ini adalah:

- Perlu adanya segmentasi dalam media *below the line*.
- Belum seluruh materi *below the line* sampai ke lapangan.
- Media luar ruang perlu memikirkan strategi penempatan, karena jika tidak maka akan sulit

untuk diakses khalayak sasaran yang dituju.

- Fasilitas kesehatan merupakan salah satu tempat strategis bagi penempatan materi *below the line*.

Media yang dibagikan, yang bisa dimanfaatkan lebih maksimal adalah kartu informasi (secara informal disebut *kartu kontek*) berisikan informasi KB dan pesan kunci yang dapat dimanfaatkan oleh tokoh masyarakat, pemuka agama, kader dan motivator. Media ini dianggap dapat mempermudah mereka dalam membantu BKKBN menyebarkan pesan KB dan mengajarkan pemahaman mengenai program KB ke masyarakat luas. Isi dari media ini dapat disesuaikan dengan karakteristik mereka serta bagian masyarakat yang mereka layani.

Mural bisa digunakan sebagai media luar ruang karena bertahan lama dan prosesnya melibatkan masyarakat. Sehingga proses pembuatan mural sesungguhnya adalah proses pembelajaran mengenai keluarga berencana.

Kebutuhan akan Sistem Penyimpanan dan Distribusi Daring (Online)

Dalam evaluasi program KIE yang dilakukan oleh Direktorat Kependudukan, PP dan PA, Bappenas pada tahun 2014, muncul rekomendasi untuk mengembangkan sistem penyimpanan dan distribusi materi KIE KB secara daring (*online*). Hal yang sama juga muncul dalam diskusi dalam “Pertemuan Evaluasi dan Pemantapan Advokasi dan KIE Program KKBPK Bagi Seluruh Kabid ADPIN BKKBN Perwakilan Provinsi”.

Rekomendasi dalam evaluasi Bapennas mengenai system distribusi materi KIE, menyebutkan perlu ada pengoptimalan sistem distribusi materi KIE yang memperhitungkan:

- Kemampuan daerah mereproduksi bagi materi yang umum berlaku nasional.
 - Daerah yang tidak memiliki cukup anggaran untuk mereproduksi materi cetak bisa mendapatkan jumlah yang lebih banyak.
 - Daerah yang memiliki anggaran yang lebih baik dapat mereproduksi materi cetak secara swadaya.
- Kemampuan daerah memproduksi.
 - Terdapat mekanisme di mana, daerah bisa saling berbagi materi (cetak, audio, video) sehingga materi yang bisa dipakai di daerah lain bisa dimanfaatkan tanpa harus memproduksi sendiri.
 - Sistem distribusinya bisa memanfaatkan repository online maupun distribusi digital.

Komunikasi Antar Pribadi Di Tingkat Lapangan

Aspek ini terkait dengan mekanisme operasional program KKBPK dan bina lini lapangan, yakni aktifitas penyelenggaraan operasional program KB di wilayah yang paling dekat dengan khalayak sasaran, yaitu kecamatan, desa/ kelurahan, dusun/RW, RT dan keluarga.

Para pelaku di tingkat lapangan ini adalah:

- PPLKB/Kepala UPT KB/Koordinator PLKB/KAPUSBIN KB.
- PKB/PLKB (PNS & NON PNS).
- PPKBD/K, SUB PPKBD/K, KELOMPOK KB/KS).
- Kader POKTAN (BKB, BKR, BKL, UPPKS).
- Mira potensial lainnya yang ada di desa/kelurahan.

Dalam Pedoman Tata Kerja PLKB/PKB dalam Program KKB Tingkat Desa/Kelurahan, PLKB bertugas melaksanakan kegiatan penyuluhan, pelayanan, pengembangan program kependudukan dan keluarga berencana serta melakukan evaluasi. PLKB juga bertugas melaksanakan, mengelola, menggerakkan, memberdayakan serta menggalang dan mengembangkan kemitraan dengan berbagai pihak dalam pelaksanaan program KKBPK bersama institusi masyarakat pedesaan/perkotaan di tingkat Desa/Kelurahan.

Dalam melaksanakan tugas tersebut, PLKB melakukannya melalui apa yang disebut dengan 10 Langkah Kerja PLKB:

1. Pendekatan Tokoh Formal
2. Pendataan dan Pemetaan
3. Pendekatan Tokoh Informal
4. Pembentukan Kesepakatan
5. Penegasan Kesepakatan
6. Penerangan dan Motivasi
7. Penteladanan/Pembentukan Grup Pelopor
8. Pelayanan KB
9. Pembinaan
10. Pencatatan, Pelaporan dan Evaluasi

Berdasarkan data sampai November 2014, terdapat 20.056 orang PKB/PLKB yang harus melayani 81.813 desa/kelurahan di seluruh Indonesia atau dengan rata-rata rasio 1:4 secara nasional. Di wilayah Jawa, Bali dan Nusa Tenggara rasio ini adalah 1:3, namun di daerah lain seperti Kalimantan rasio ini bisa menjadi 1: 8 atau yang terparah adalah di wilayah Papua dan Maluku di mana rasionya adalah 1:12, dan ditambah dengan situasi medan yang sulit yakni kepulauan dan pegunungan.

Dengan rasio yang tidak ideal ini sulit untuk melakukan komunikasi tatap muka yang intensif, sementara keputusan menjadi akseptor KB adalah keputusan besar bagi seseorang (terutama yang akan menggunakan MKJP dan sterilisasi). PLKB memerlukan bantuan kader dan motivator. Kualitas konseling KB sangat diperlukan untuk dapat menambah peserta KB baru atau membantu peserta KB berpindah cara ke metode yang lebih sesuai. Oleh karena itu dalam menjalankan tugas di lapangan PLKB sangat memerlukan kerjasama dan kemitraan dengan pihak lain, seperti kader dan motivator yang ada di wilayah kerjanya.

Terkait dengan motivator ini, para peserta diskusi “Pertemuan Evaluasi dan Pemantapan Advokasi dan KIE Program KKBPK Bagi Seluruh Kabid ADPIN BKKBN Perwakilan Provinsi”, menyebutkan beberapa pihak yang dirangkul untuk melakukan kegiatan penjangkauan dan konseling pada calon akseptor. Misalnya:

- Pasangan motivator KB Pria bisa juga dimanfaatkan untuk menjadi motivator bagi isteri calon akseptor pria.
- Tiap daerah pasti memiliki tokoh yang menjadi model perilaku. Mereka perlu diidentifikasi dan dirangkul sebagai motivator. Mereka perlu dibekali dengan keterampilan memberikan motivasi, pesan kunci dan manfaat KB serta dasar-dasar KB. Suku Bajo di Sulawesi Tenggara, memiliki presiden yang berada di Wakatobi, sehingga tokoh ini bisa dimanfaatkan.
- Forum yang bisa digunakan: Forum-forum yang digunakan oleh para anggota Fapsedu.
- Perlu adanya mekanisme pemberian balas jasa (*reward*) bagi motivator berdasarkan jumlah akseptor yang dihasilkan.

Selain itu juga diperlukan adanya koordinasi yang erat dan efektif dengan pihak pemberi layanan, terutama pihak swasta (misalnya badan praktek mandiri). Beberapa ilustrasi di bawah ini menggambarkan kebutuhan itu:

- Terdapat kasus pesan yang disampaikan oleh PLKB berbeda dengan pemberi layanan (bidan), PLKB menyarankan MKJP sementara bidan lebih senang memberikan metode jangka pendek (Cimahi).
- Terkait dengan pelatihan CTU, Dinas Kesehatan memilih bidan yang belum tentu handal dalam menangani calon akseptor (Jawa Barat).
- Jumlah bidan yang dilatih harus sesuai dengan jumlah PUS yang ada di satu daerah sehingga tidak terjadi kehilangan peluang akibat tidak terlayani (Sulawesi Tengah).
- Tidak semua bidan yang sudah dilatih memiliki izin praktek (Sulawesi Tenggara).
- Kondisi fasilitas kesehatan juga sangat mempengaruhi keinginan masyarakat untuk menjadi akseptor KB, misalnya di Gorontalo.

HASIL PENELITIAN

KIE Program Kependudukan Keluarga Berencana Dan Pembangunan Keluarga (KKKBPK) Lini Bawah/ *Below The Line*

Penelitian kualitatif dengan desain studi potong lintang yang dilaksanakan pada Oktober 2014 bertujuan untuk mengidentifikasi pelaksanaan KIE KKKBPK di lini bawah. Lokasi penelitian ditentukan secara purposive sampling dengan kriteria provinsi yang mempunyai TFR relatif tinggi (3,1 anak/wanita) terpilih Provinsi Sulawesi Tenggara, dan TFR relatif rendah terpilih Provinsi Jawa Tengah (2,36 anak/wanita). Pertimbangan lainnya pemilihan provinsi adalah variasi TFR lebih bervariasi dibandingkan dengan provinsi lainnya yang sama atau hampir mendekati angka TFR-nya.

Pengambilan lokasi kabupaten/kota dipilih berdasarkan 4 kwadran adalah: Kwadran I Kabupaten Bombana, Kwadran II Kabupaten Buton Provinsi Sulawesi Tenggara; Kwadran III Kota Surakarta, Kwadran IV Kota Magelang Provinsi Jawa Tengah. Informan penelitian adalah para pengelola dan pelaksana KIE Program KKKBPK dari tingkat provinsi sampai dengan tingkat desa, data dikumpulkan dengan wawancara mendalam dengan menggunakan pedoman wawancara. Untuk validasi informasi dilakukan triangulasi dengan pasangan usia subur peserta dan bukan peserta KB, dengan pengumpulan data secara diskusi kelompok terarah. Data dianalisis dengan mensintesis subyek-subyek penelitian.

Hasil Penelitian

- Belum diketahuinya strategi KIE below the line di tingkat kabupaten/kota.
- Kurangnya bimbingan pengelolaan dan pelaksanaan KIE KKKBPK dari provinsi kabupaten/kota, kabupaten/kota – kecamatan.
- Status kelembagaan yang tidak memiliki Seksi KIE KKKBPK mengindikasikan rendahnya kesertaan KB.
- Pelaksanaan penyuluhan KKKBPK di lini bawah yang belum maksimal karena belum terampilnya petugas dalam penyuluhan, tidak tersedianya media, belum dikembangkannya pesan kearifan lokal, dan terbatasnya kemampuan penggerakan mitra KIE.

Direkomendasikan perlu perencanaan implementasi KIE Program KKKBPK yang komprehensif dan sinergis pusat – provinsi – kabupaten/kota.

(Pusat Penelitian dan Pengembangan Kependudukan BKKBN, 2014)

Media Sosial dan Aplikasi Telepon Bergerak (*Mobile Apps*)

Media sosial dan aplikasi telepon bergerak atau *mobile apps* sangat marak. Para pengelola program KB menyadari hal itu dan mulai melihat potensi penggunaan dari media-media ini, misalnya seperti yang nampak di tabel berikut:

Platform	Peran/ Fungsi	Segmen yang akan dicapai	Ragam pesan yang disampaikan	Dampak yang diharapkan
Media Sosial				
Facebook	Penyebaran informasi; Pendalaman informasi.	Remaja	Program KKBPK melalui tulisan, video, gambar/ meme, video,	Peningkatan Pengetahuan, Sikap dan Perilaku (PSP)
Twitter	Membangun topik; Peningkat;	Remaja	Kespro; GenRe	Peningkatan PSP
Aplikasi				
Android		Remaja	Kespro; GenRe	Peningkatan PSP

Namun demikian, media ini belum dieksploitasi secara maksimal untuk keperluan program KB. Selain media daring (*online*), media sosial dan *mobile apps* yang dikembangkan di pusat, dari diskusi dengan pengelola program KB di provinsi didapatkan informasi bahwa beberapa daerah sudah memanfaatkannya. Tabel di bawah ini menggambarkan beberapa contoh pemanfaatannya:

Platform	Pengelola	Tujuan/Segmen yang dituju
Media Sosial		
Facebook (Forum GenRe)	BKKBN Kalimantan Tengah	Promosi GenRe kepada remaja/ Forum GenRe
Facebook PIK Remaja/ Mahasiswa	BKKBN, SKPD PIK-Remaja/ Mahasiswa	Forum komunikasi pelajar/ mahasiswa yang tergabung dalam GenRe
Facebook (Forum PKB/PLKB)	BKKBN Kepulauan Riau	Komunikasi antar PKB/PLKB dan Sub PPKBD
Facebook PPKS	BKKBN, SKPD, Pengelola UPPKS	
Aplikasi		
GIS (Pendataan Keluarga)	BKKBN DI Yogyakarta	Informasi tentang hasil Pendataan Keluarga
GSS	BKKBN DI Yogyakarta	Informasi

Menurut para pengelolanya, masih banyak hal-hal yang bisa diperbaiki dan dimaksimalkan pola pemanfaatan media-media ini, antara lain sebagai berikut.

Dari segi isi/pesan:

- Menambahkan fitur layanan pengaduan.
- Menggunakan bahasa yang disesuaikan dengan khalayak sasaran atau menggunakan bahasa lokal.
- Mengemas pesan yang menarik dan mengundang rasa ingin tahu.
- Melengkapi pesan teks dengan pesan visual agar lebih menarik.
- Video testimoni dari orang yang sudah menjadi akseptor KB.
- Menambahkan Isi mengenai hak peserta KB.

Dari segi desain/rancangan:

- Tampilan yang lebih menarik.
- Aplikasi sebaiknya dirancang agar mudah digunakan dan praktis.
- Penamaan yang dapat menarik minat untuk melihat/mengunduh/menggunakan.

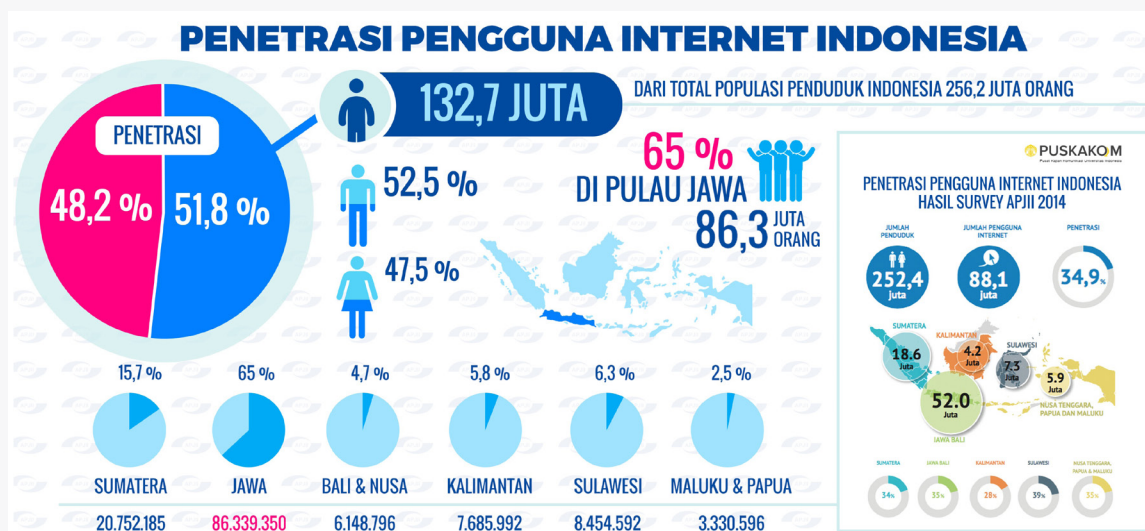
Bauran Media:

- Memanfaatkan media sosial lain yang saling terkait dan mendukung.

Terdapat potensi untuk bekerja sama dengan pihak lain, misalnya untuk:

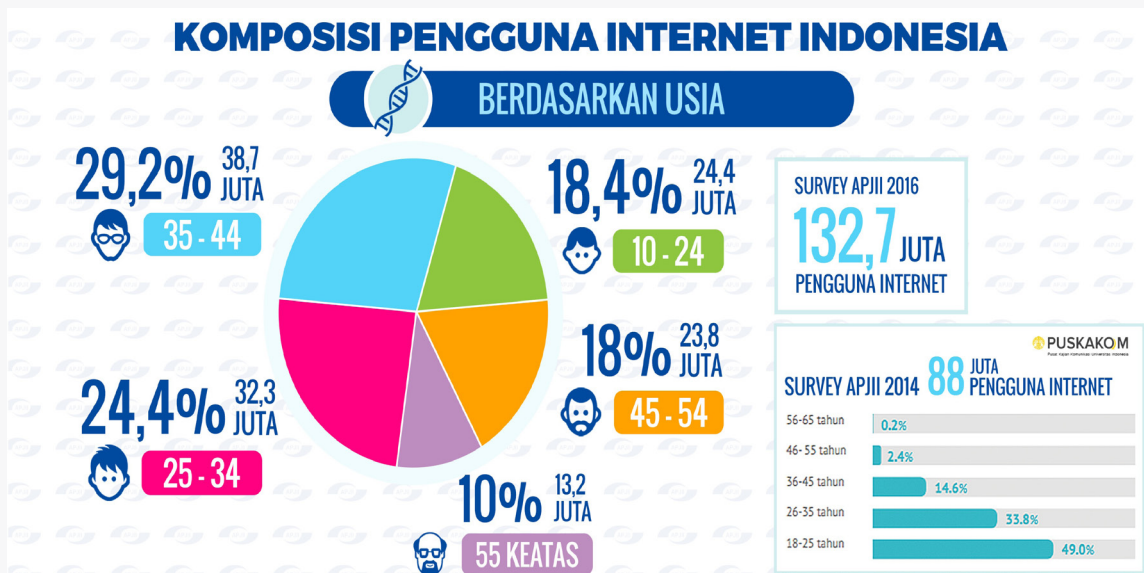
1. Berbagi informasi.
2. Bertukar informasi (isi).
3. Berbagi tautan (*link*).
4. Berjejaring.
5. Bekerja sama dengan penyedia layanan jaringan.

Berdasarkan data dari Asosiasi Penyelenggara Jasa Internet Indonesia (APJII, 2015) terdapat 88,1 juta pengguna internet di Indonesia. Data tahun berikutnya menunjukkan peningkatan yang sangat signifikan, yakni menjadi 132,7 juta dengan 65% dari pengguna ada di Pulau Jawa.



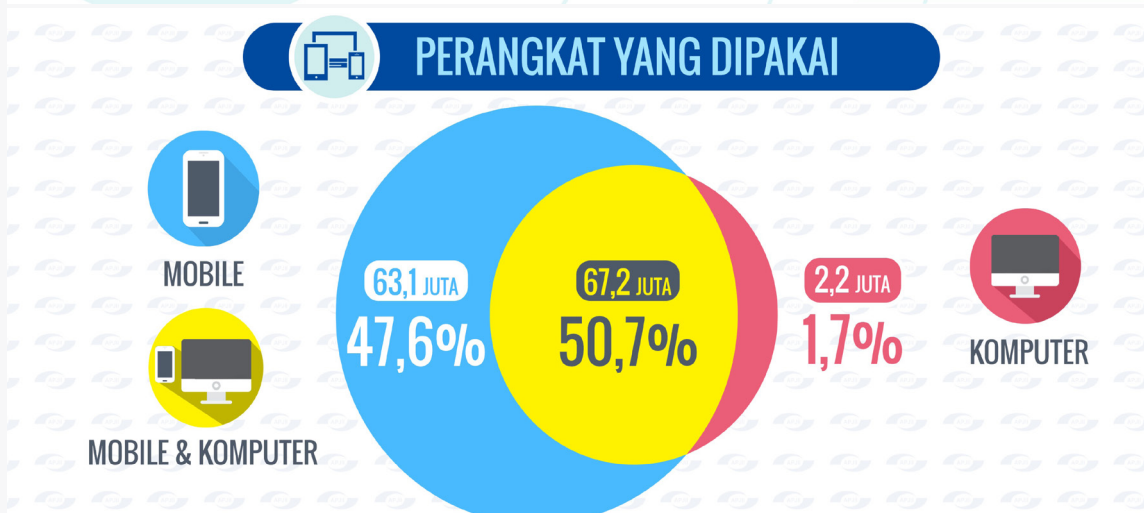
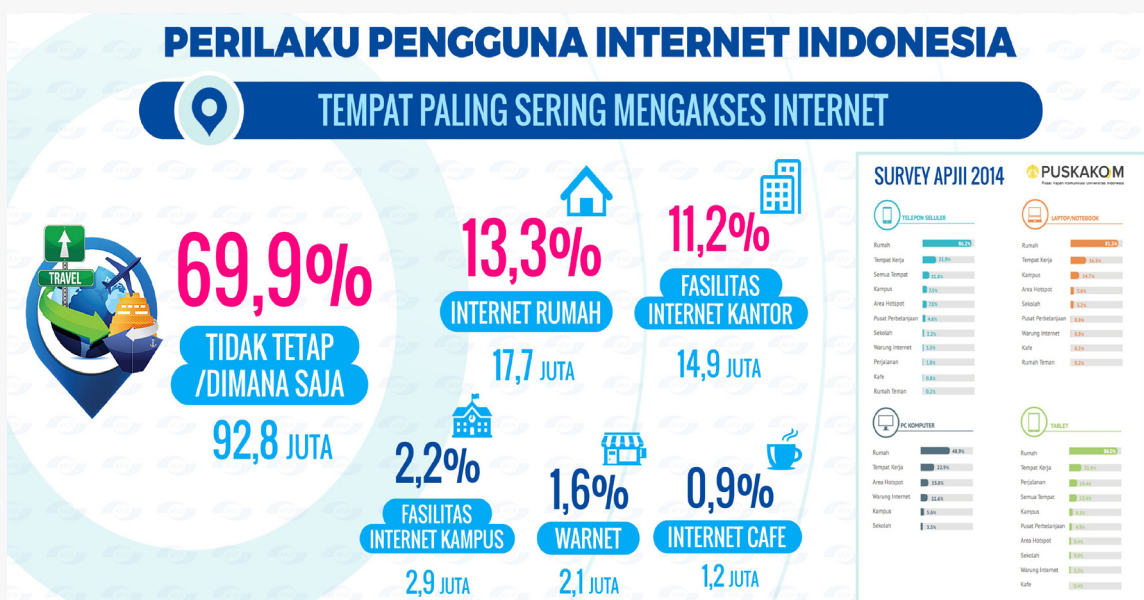
Sumber: Asosiasi Penyelenggara Jasa Internet Indonesia (APJII, 2016)

Siapakah mereka? Berdasarkan sebaran umur, nampak bahwa pengguna internet cukup beragam di semua umur, tidak ada yang benar-benar dominan. Ini merupakan suatu peluang yang sangat besar untuk dimanfaatkan sebagai sarana penyampaian pesan di berbagai tahap kehidupan seseorang.



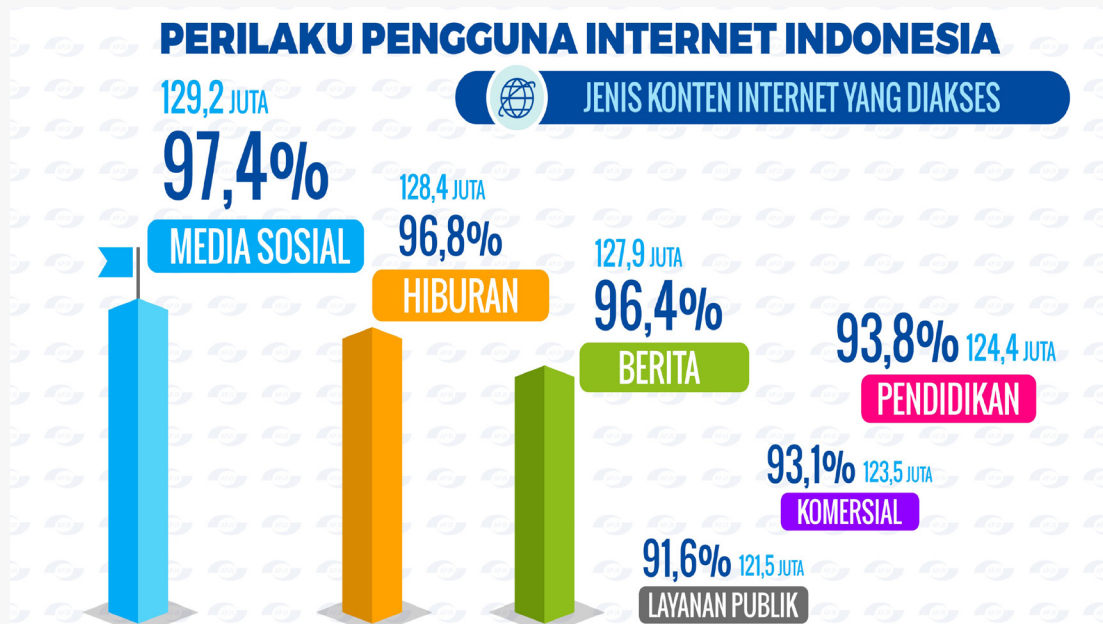
Sumber: Asosiasi Penyelenggara Jasa Internet Indonesia (APJII, 2016)

Mereka mengakses internet dari berbagai tempat. Namun nampak dari data di bawah ini, sebagian terbesar dari mereka mengaksesnya dari perangkat bergerak seperti telepon genggam dan tablet.



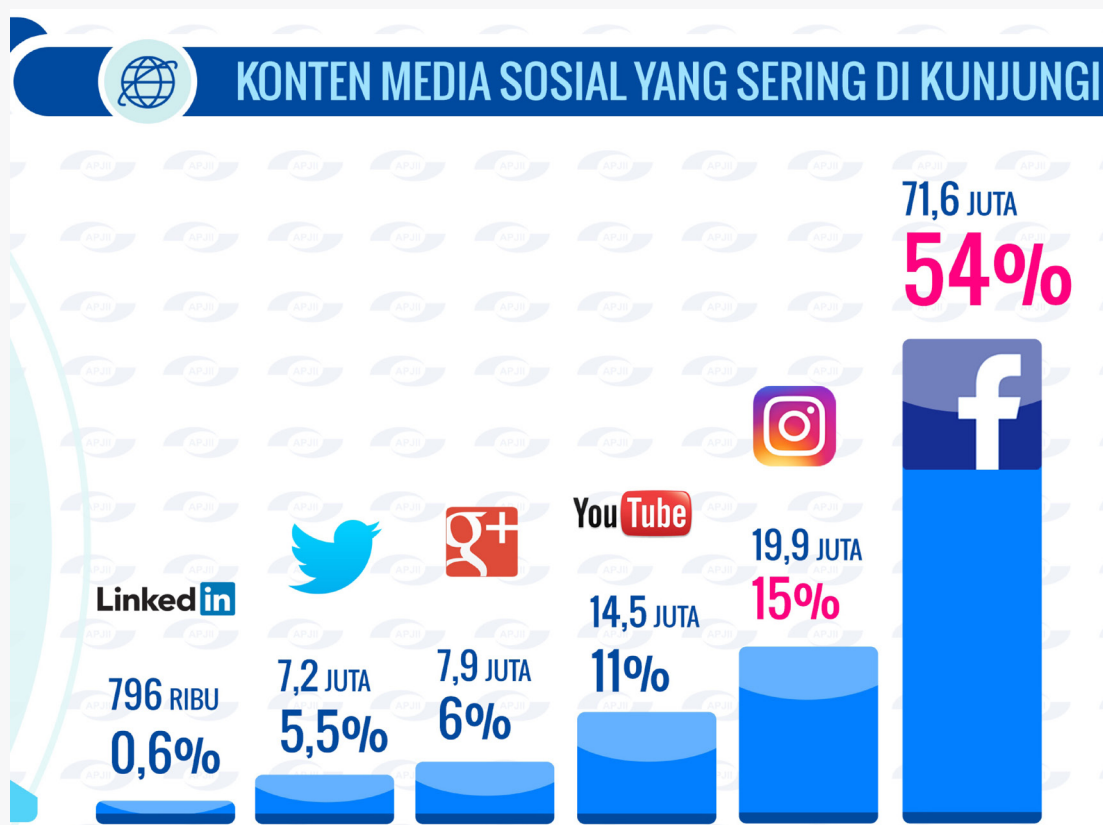
Sumber: Asosiasi Penyelenggara Jasa Internet Indonesia (APJII, 2016)

Waktu yang mereka habiskan untuk mengakses internet ini terutama digunakan untuk media sosial, hiburan, pendidikan, keperluan komersial dan mengakses layanan publik mencari info, bertukar pesan, mencari berita, mengunggah dan mengunduh video, mengelola email dan jual beli, seperti digambarkan dalam diagram berikut ini.



Sumber: Asosiasi Penyelenggara Jasa Internet Indonesia (APJII, 2016)

Media sosial menjadi jenis isi internet yang paling banyak diakses, dengan didominasi oleh facebook yang kemudian diikuti oleh Instagram, Youtube, Google+, Twitter dan LinkedIn.

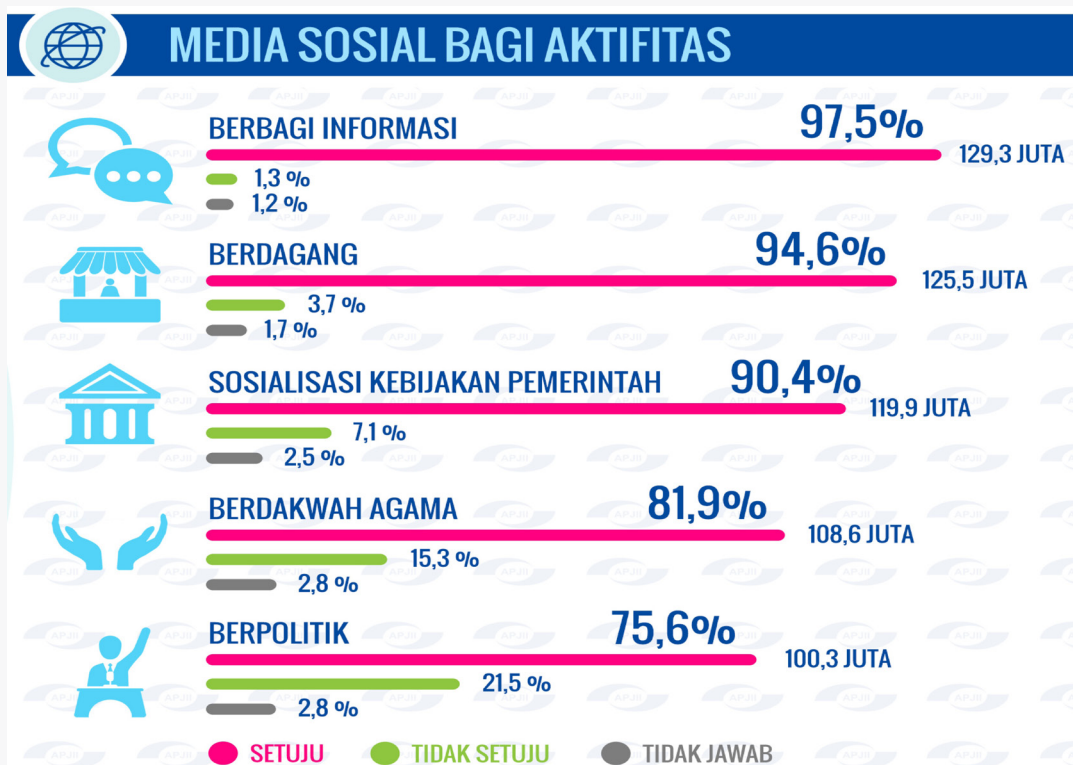


Sumber: Asosiasi Penyelenggara Jasa Internet Indonesia (APJII, 2016)

Hal ini di atas terkonfirmasi oleh laporan Digital in 2016 yang dikeluarkan oleh *We Are Social* di Singapura. Menurut dokumen tersebut, di Indonesia terdapat 79 juta akun media sosial aktif (satu orang bisa memiliki lebih dari satu akun). Disebutkan juga bahwa pertumbuhan pengguna media sosial aktif ini adalah sebesar 10% per tahun. Jika hanya menghitung orang yang mengakses media sosial melalui telepon bergerak, jumlahnya pun sangat besar yakni 66 juta. Artinya sebagian terbesar dari mereka mengakses media sosial dari telepon bergerak.

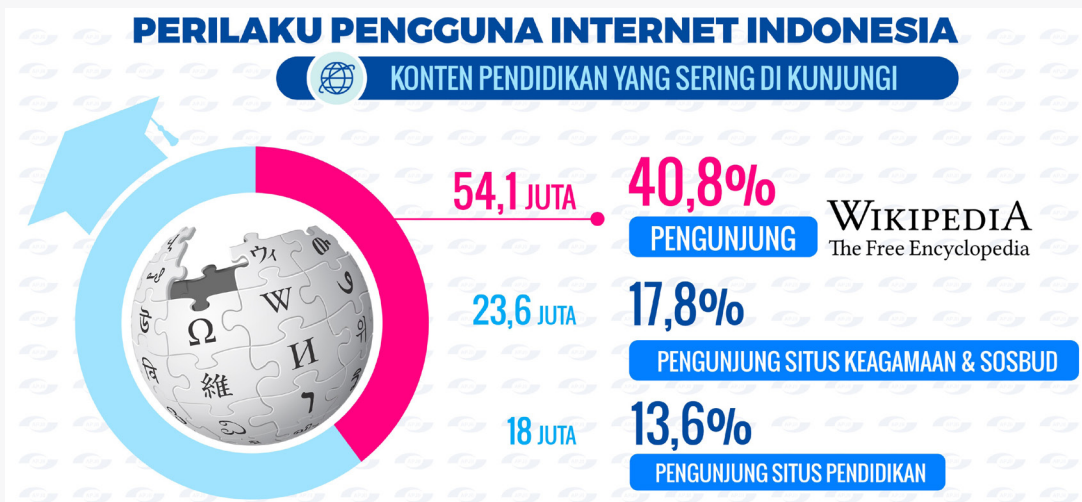
Jelas bahwa *netizen* dan pengguna media sosial ini merupakan potensi sasaran kampanye program KB yang penting, mengingat rentang usia khalayak sasaran program KB merupakan porsi terbesar dalam angka ini. BKKBN perlu mengeksplorasi potensi ini. Terlebih lagi jika kita perhitungkan juga bahwa para pengguna media sosial juga aktif berbagi informasi dan pesan dengan sesama mereka (*viral*), artinya potensi pesan mencapai khalayak sasaran menjadi lebih luas lagi.

Terdapat hal yang menarik dari temuan riset APJII ini. Data di bawah ini menunjukkan jenis informasi apa yang dibagikan dalam media sosial yang disetujui oleh netizen. Temuan ini menunjukkan bahwa penggunaan media sosial bagi kampanye KKBPK sangat potensial dari sisi penerimaan khalayak. Banyak sekali yang tidak keberatan jika media sosial digunakan untuk berbagi informasi dan sosialisasi kebijakan pemerintah.



Sumber: Asosiasi Penyelenggara Jasa Internet Indonesia (APJII, 2016)

Terkait perilaku mencari informasi ini (*information seeking behavior*), cukup signifikan jumlah netizen yang mencari informasi yang sifatnya mendalam. Hal ini terlihat dari data berikut di mana 40,8% mengaku sering mengunjungi Wikipedia. Wikipedia adalah situs ensiklopedia daring yang gratis, di mana siapapun bisa menjadi penulisnya. Isi tulisan akan dinilai oleh komunitas Wikipedia, sehingga upaya untuk tetap akurat, tetap dikedepankan. Hal ini merupakan potensi besar untuk juga memanfaatkan Wikipedia atau situs sejenisnya untuk menuliskan isi kampanye KKBPK yang lebih mendalam.



Sumber: Asosiasi Penyelenggara Jasa Internet Indonesia (APJII, 2016)

Materi KIE Terkait Kampung KB

Dengan dicanangkannya Kampung KB oleh Presiden Jokowi, para pengelola program KB di daerah merasakan perlu adanya materi terkait Kampung KB ini. Informasi yang perlu ada di dalamnya adalah panduan mengenai:

- apa Kampung KB itu?
- Apa manfaatnya?
- Mengapa ia menjadi penting dan strategis?
- Apa saja yang perlu dilakukan?

Menurut pengelola program KB di lapangan, dalam pertemuan nasional pengelola bidang ADPIN, pesan dalam Kampung KB harus disesuaikan tidak saja pesan bagi calon akseptor tetapi juga pesan bagi pelaku lintas sektor agar mereka mau bekerjasama dalam mensukseskan Kampung KB.

C. SITUASI ADVOKASI

Pemahaman yang Tidak Akurat

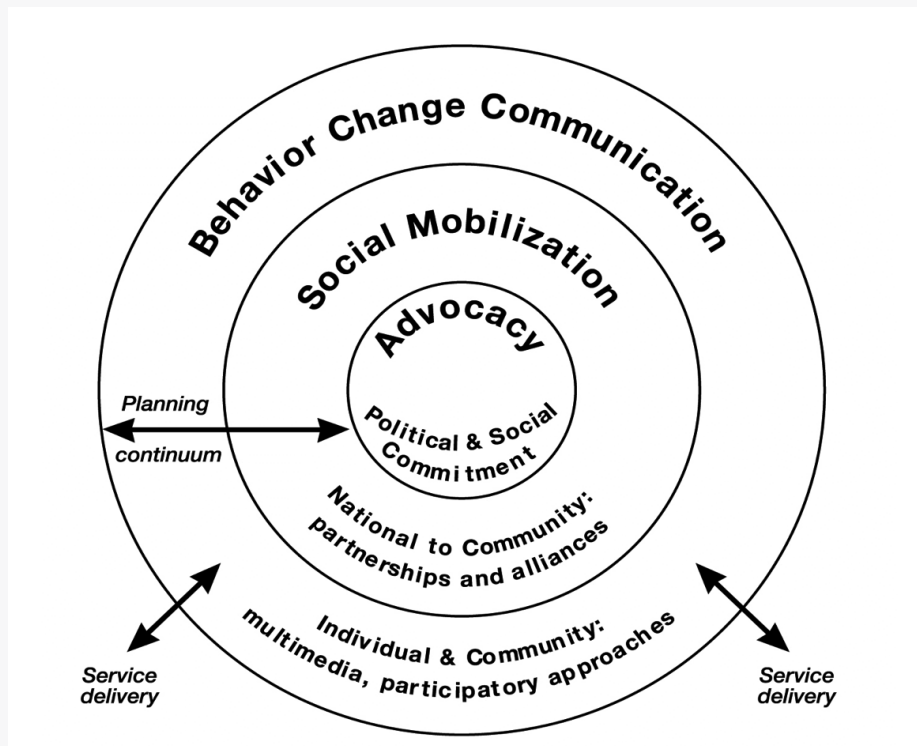
Salah satu problem utama dari aspek advokasi adalah masih banyaknya salah pengertian mengenai pengertian advokasi. Masih banyak pengelola program dan mitra yang menyamakan pengertian advokasi dengan KIE. Padahal secara garis besar, ke dua hal ini berbeda secara konseptual sehingga berbeda pula dalam pengembangan strategi maupun perancangan program/kegiatannya.

Secara umum kegiatan advokasi di tingkat lapangan yang kurang berhasil, umumnya disebabkan karena:

- Menyamakan Advokasi dengan KIE
- Advokasi diimplementasikan hanya dengan rapat/pertemuan/audiensi saja. Setelah pertemuan. Advokat tidak memberikan bahan yang dibagikan (pertinggal, lembar kebijakan atau policy brief) untuk dibaca kembali oleh sasaran khalayak advokasi.
- Lebih banyak mengungkap fakta ketimbang mendefinisikan permintaan (*Fact sheet* disamakan dengan *Policy brief*).
- Permintaan tidak didukung data atau konsekuensi tidak dituangkan secara kongkrit
- Sasaran advokasi salah, karena tidak memetakan sasaran advokasi dengan akurat. Sehingga sasaran tersebut tidak bisa mengambil keputusan yang diharapkan.
- Menuntut saja, tidak memikirkan situasi/kondisi/kepentingan/hambatan, dll dari sisi sasaran advokasi.

Secara garis besar sebuah kampanye komunikasi suatu program pembangunan memiliki tiga komponen yang saling berkait, saling mempengaruhi dan saling mendukung, yaitu:

- Komunikasi Perubahan Perilaku.
- Mobilisasi Sosial.
- Advokasi.



Sumber McKee et al., 2000, McKee, 1992

Perbedaan mendasar dari ketiganya dapat dilihat dalam tabel berikut.

Perbedaan Advokasi, Komunikasi Perubahan Perilaku dan Mobilisasi Sosial

Komponen	Tujuan
Advokasi	Mendapatkan: • Komitmen politik dan perubahan kebijakan. • Alokasi sumber daya dan layanan. • Percepatan implementasi program. • Regulasi/kebijakan. • Fasilitas. • Pendanaan. • Sumber daya manusia.
Mobilisasi Sosial	Upaya menggerakkan semua pihak yang dapat mendukung program untuk melakukan satu atau lebih kegiatan/program (lembaga pemerintah, masyarakat madani (LSM, Asosiasi, perkumpulan, dll)).
Komunikasi Perubahan Perilaku	Merubah/mengembangkan: • Cara berfikir. • Sikap. • Perilaku.

Isu Nasional Advokasi

Dalam pertemuan para pemangku kepentingan dan advokat program KB di Jakarta pada Oktober 2015 dan Maret 2016, yang diselenggarakan sebagai kerjasama program *Advance Family Planning* (AFP) JHCCP dan BKKBN, dilakukan identifikasi isu-isu KKBPK yang memerlukan intervensi advokasi. Isu-isu ini melibatkan masalah yang sudah mulai digarap oleh para advokat KB atau masalah baru yang memerlukan intervensi advokasi segera.

Isu yang teridentifikasi dalam pertemuan itu adalah, sebagai berikut.

Isu-isu Advokasi Terkait Program KKBPK

No	Sasaran Advokasi	Muatan	Keluaran
1.	Kementrian Dalam Negeri dan Kementrian Desa Tertinggal dan Transmigrasi	Penggunaan dana desa untuk operasional program KB di tingkat Desa Keterlibatan SKPD di tingkat kabupaten/kota dalam DWG	Penyusunan regulasi (Kepmen, Surat Edaran) tentang pemanfaatan dana desa
2.	Kementrian Kesehatan	Pelatihan Sertifikasi CTU untuk bidan	Pengaturan tentang pelaksanaan training dan sertifikasi
3.	BPJS	Pengelolaan JKN untuk program KB	Kerjasama antara Puskesmas, Bidan dan BPJS
		Perpres No.19/2016 telah memasukkan metode kontrasepsi operatif tubektomi interval sebagai bagian dari pelayanan KB dalam BPJS namun aturan ini belum bisa dilaksanakan karena menunggu aturan pelaksanaannya	Diterbitkannya Permenkes yang mengharuskan metode kontrasepsi operatif interval masuk dalam skema pelayanan BPJS
4.	Partai Politik	Dukungan parpol untuk program KB dan penolakan pasal 481-483 Revisi KUHAP	Menghilangkan pasal pasal yang terkait atau dengan usaha kriminalisasi kontrasepsi
5.	Legislatif (DPR)	Perubahan draft Revisi KUHP Dukungan DPR dalam penataan kelembagaan dan pembiayaan KB di tingkat provinsi dan kabupaten/kota	Menghilangkan pasal pasal yang terkait atau dengan usaha kriminalisasi kontrasepsi

No	Sasaran Advokasi	Muatan	Keluaran
6.	LSM/organisasi profesi (PKBI, IBI, IPADI dll), khususnya LBH APIK di tingkat nasional	Perubahan draft revisi KUHP Kerjasama advokasi di tingkat provinsi dan kabupaten/kota	Menolak revisi KUHP khususnya pasal 481-483
7.	Swasta (APINDO)	Pemanfaatan CSR untuk program KB	Komitmen (MOU) dengan BKKBN tentang KB perusahaan
8.	Menkumham/DPR	Revisi RUU KUHP berkaitan dengan distribusi alat kontrasepsi (pasal 481 dan 483)	Perubahan pasal dalam RUU yang membatasi distribusi alkon

Hasil diskusi pertemuan para pemangku kepentingan dan advokat program KB di Jakarta pada Oktober 2015 dan Maret 2016

Desentralisasi dan Dampaknya Pada Program Kependudukan

Desentralisasi di Indonesia dimulai di dasawarsa 2000an, dan BKKBN mulai terdesentralisasi pada tahun 2004. Dengan skema ini, SKPD KB di tingkat kabupaten/kota dibiayai dan diatur oleh pemerintah setempat. Kondisi ini membawa pada situasi yang tidak kondusif untuk mengembangkan program KB yang efektif. Beberapa masalah yang muncul adalah pembiayaan yang tidak cukup, jumlah tenaga lapangan PLKB yang berkurang drastis dari total 33 ribu di tahun 1990 menjadi hanya 15.000 di saat ini. Dengan jumlah desa sebanyak 78.000, jelas hal ini tidak cukup.

Dari sisi pengembangan program, BKKBN nasional tidak dapat sepenuhnya mempengaruhi keputusan di tingkat BKKBN kabupaten. Prioritas yang rendah dari kabupaten juga tercermin dari masih sedikitnya kantor BKKBN yang berdiri sendiri di kabupaten, hampir seluruhnya merupakan gabungan dengan kantor lain, seperti pemberdayaan perempuan dan perlindungan anak. Hal ini membuat struktur perencanaan program terputus, termasuk dalam hal pengembangan kapasitas sumber daya manusia dalam perencanaan dan pelaksanaan program.

Maka permasalahan yang dihadapi BKKBN adalah aspek struktur organisasi, pembiayaan, aspek jumlah dan kualitas sumber daya manusia serta aspek kualitas program KB baik dari sisi penciptaan permintaan maupun layanan.

- Dari sisi struktur, tidak banyak pimpinan daerah yang memberi prioritas pada program KKBPK, hal ini juga dikarenakan mereka tidak mendapatkan paparan mengenai isu KB yang meyakinkan. Padahal para pimpinan daerah ini adalah pihak yang paling sentral dalam keputusan pembangunan di kabupaten/kota.
- Hal ini juga kemudian terkait dengan anggaran untuk program KKBPK. Alokasi program KKBPK yang ada tidak mencukupi untuk mengembangkan yang sesuai kebutuhan daerah.
- Masalah lain yang juga menjadi tantangan adalah kurang akuratnya data yang ada, sehingga sulit untuk merancang program secara tepat.
- Dari sisi SDM, rekrutmen pimpinan SPKPD KB juga kerap tidak mempertimbangkan kapasitas di bidang KKBPK, sehingga para pengelola kurang cakap dalam merancang dan mengelola program. Kadang staff yang sudah terlatih, mengalami mutasi ke kantor lain.

Permasalahan dari sisi pengelolaan program ini kemudian berdampak pada situasi dan capaian program KKBPK baik secara subnasional maupun nasional. Seperti disinggung dalam bagian lain di atas.

REKOMENDASI HASIL PENELITIAN EVALUASI
Kajian dan Evaluasi Pelaksanaan Kebijakan
Advokasi dan KIE KB
Direktorat Kependudukan, PP dan PA, Bappenas (2014)

Rekomendasi di Bidang Advokasi

Sebagai bagian dari strategi umum, perlu dikembangkan metoda perancangan program advokasi dan indikator keberhasilan yang dapat digunakan di tingkat kabupaten/kota, yang sederhana sehingga bisa dilaksanakan oleh SDM yang berjumlah terbatas dan kecakapan yang beragam serta bersifat generik sehingga bisa diterapkan di berbagai daerah dengan situasi dan kondisi yang beragam.

Perlunya memiliki kelengkapan komponen yang penting dalam siklus program:

- analisis situasi
- pemetaan jejaring mitra
- pengidentifikasikan sasaran advokasi
- perumusan permintaan advokasi
- perumusan *cost-benefit* bagi pihak yang diadvokasi (pesan kunci)
- perancangan aktivitas advokasi yang strategis tahunan dengan pendefinisian peran dan kontribusi mitra
- pengembangan *policy brief*
- penetapan indikator keberhasilan
- pemantauan dan evaluasi
- perancangan aktivitas untuk siklus tahun berikutnya

Inisiatif Revitalisasi Program KKBPK di Era Desentralisasi Melalui Advokasi

Program *Advance Family Planning* (AFP) kerjasama antara JHCCP dan BKKBN yang mulai diimplementasikan di Indonesia sejak tahun 2010 merupakan upaya merespon situasi capaian program KB melalui intensifikasi advokasi. Program advokasi ini diharapkan dapat memberikan dampak tidak saja pada dukungan program KB tetapi juga pada gilirannya memberikan dampak pada perbaikan capaian program KB.

Pendekatan yang digunakan dalam program AFP ini adalah *evidence based advocacy* (advokasi berbasis data/bukti). Dalam pelaksanaannya, AFP menggunakan beberapa instrumen program yang khas, yakni:

- **AFP SMART**, instrument untuk merancang rencana kerja advokasi dan memantau hasilnya.
- **Net-map**, instrumen untuk memetakan para pengambil keputusan dan mengidentikasi pihak yang paling berpengaruh.
- **Family Planning Projection Tool**, instrumen yang diadopsi dari *Reproductive Health Costing Tool* – UNFPA, instrumen ini digunakan untuk melakukan proyeksi kependudukan serta menghitung biaya dan manfaat investasi pada KB.

Di Indonesia AFP diimplementasikan oleh Johns Hopkins Center for Communication Programs (CCP) Indonesia dan Yayasan Cipta Cara Padu (YCCP). Kedua lembaga ini memberikan bantuan teknis pada SKPD KB di tingkat Kabupaten/Kota dalam mengembangkan dan membangun kapasitas kelompok kerja advokasi (*District Working Group* – DWG) dalam mengembangkan dan mengimplementasikan strategi advokasi untuk mendapatkan dukungan serta meningkatkan anggaran KB.

Sejalan dengan yang dimandatkan oleh Bapennas dalam evaluasi program advokasi yang dikutip di bagian lain dokumen ini, para anggota DWG dibangun kapasitasnya dalam hal:

- Melakukan proyeksi populasi serta membuat analisis biaya-manfaat (*cost-benefit*) atas investasi KB serta mengembangkan argumen mengenai dampak lintas sektoral program KB.
- Memetakan para pengambil keputusan dan pihak yang berpengaruh dalam keputusan yang terkait pembiayaan dan dukungan atas program KB.
- Mengidentifikasi khalayak advokasi, membingkai isu KB yang sesuai dengan perhatian dan fokus para pengambil keputusan.
- Mengembangkan rencana kerja advokasi dan lembar advokasi kebijakan.

Implementasi AFP dimulai tahun 2010 di dua kabupaten/kota (Kabupaten Bandung dan Kota Pontianak). Model yang dikembangkan di dua lokasi ini kemudian diimplementasi ke tiga lokasi lain, yakni Kabupaten Karanganyar, Bogor dan Karawang di tahun 2012.

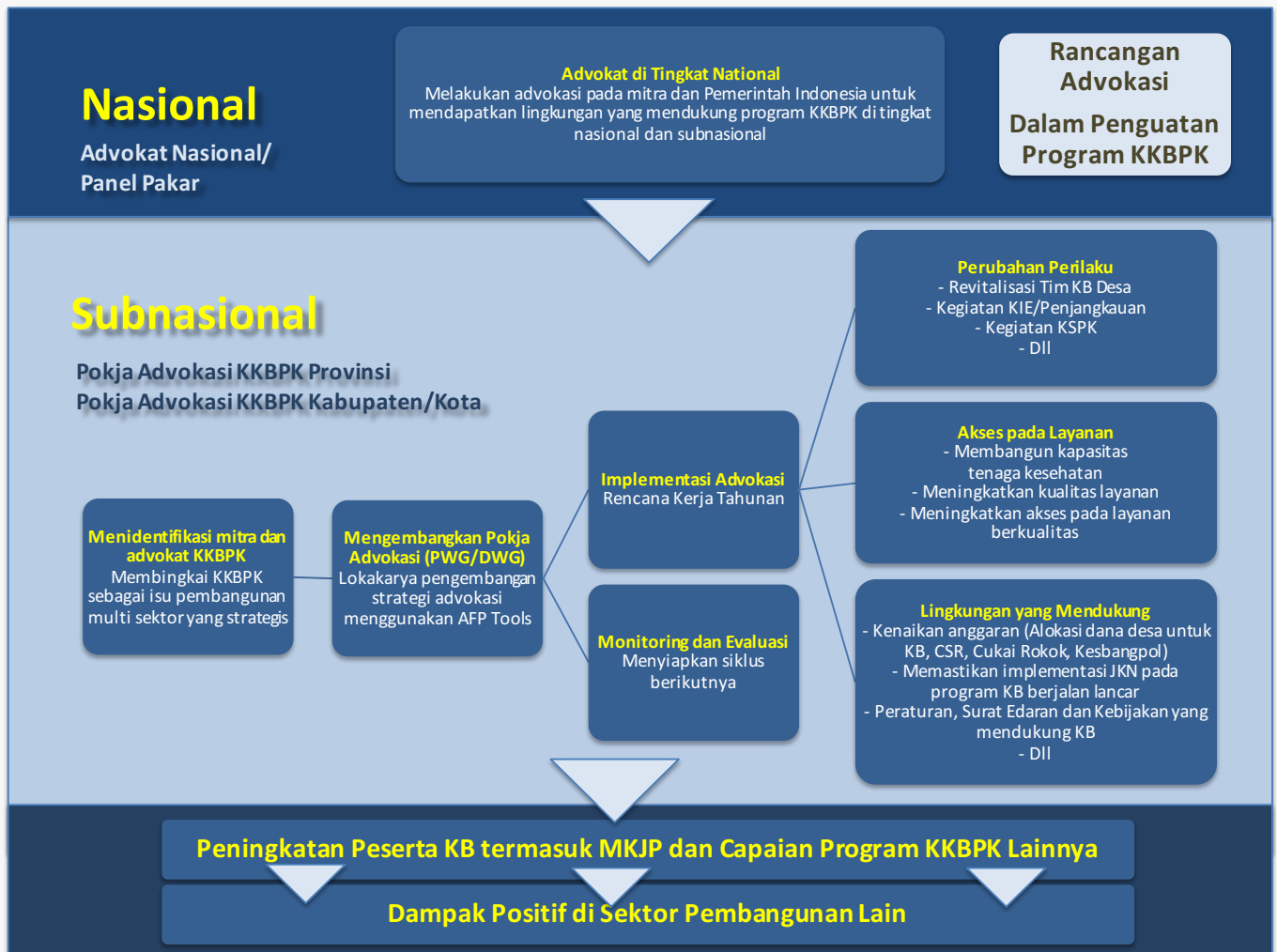
Pada tahun 2012 itu juga, hasil dari intervensi mulai nampak dan ini menarik perhatian dari USAID dan DFAT yang kemudian mengembangkan program *Improving Contraceptive Method Mix* (ICMM) bersama dengan JHUCCP. Program ini diimplementasikan di lapangan bersama dengan YCCP. ICMM diimplementasikan di 6 kabupaten di dua provinsi (Lumajang, Kediri, dan Tuban di Jawa Timur dan Lombok Barat, Lombok Timur, serta Sumbawa di Nusa Tenggara Barat). Program ICMM merupakan program yang berkoordinasi langsung dengan Direktorat Kesehatan Ibu dan Anak, Kementerian Kesehatan.

Di akhir tahun 2014, program PilihanKu yang didanai Bill & Melinda Gates Foundation dan Tahir Foundation yang memiliki wilayah kerja di 11 kabupaten di 4 provinsi juga mengadopsi pendekatan AFP. Selain itu BKKBN Kalimantan Barat dan Jawa Timur juga mengadopsi pendekatan ini untuk diterapkan di kabupaten/kota di wilayahnya.

*Sehingga sampai saat ini, terdapat 70 kabupaten
(10 dari AFP, 6 dari ICMM, 11 dari PilihanKu,
5 yang dibiayai mandiri oleh BKKBN
Kalimantan Barat dan 38 yang dibiayai mandiri oleh
BKKBN Jawa Timur) yang sudah menjalankan
pendekatan advokasi ini.*

Jika digambarkan maka kerangka kerja logis dari pendekatan ini adalah seperti digambarkan dalam diagram berikut:

Kerangka Logis Pendekatan Advokasi Advance Family Planning (AFP)



Pelaksanaan program AFP dan ICMM sudah menunjukkan hasil. Kabupaten/Kota mulai menunjukkan peningkatan anggaran KB, mulai dari 36 sampai dengan 62%, munculnya kebijakan-kebijakan yang mendukung program KB, mulai munculnya rasa kepemilikan dan koordinasi diantara para pemangku kepentingan, mulai munculnya proses pengambil keputusan yang bersifat berbasis data/bukti (*evidence-based*) di tingkat kabupaten/kota.

Daftar di bawah ini merupakan sebagian contoh atas capaian tersebut:

Pembiayaan

APBD

- Pemda Karanganyar T.A. 2016 mengalokasikan Rp 15.000.000 per tahun untuk mendukung kegiatan Pokja Advokasi/DWG.

Dana di Desa

- Sebanyak 271 desa di Bandung mengalokasikan anggaran dari anggaran desa untuk kegiatan KB, sejumlah Rp 5 – 15 juta rupiah per desa.
- APBDes di Lombok Barat digunakan untuk KB di 110 desa, berkisar antara Rp. 7.500.000 – 15.000.000 pada tahun 2016.
- APBD Lumajang dialokasikan untuk mendukung Tim KB Kecamatan dan Desa sebesar Rp 200.000.000.

Koordinasi dan Kerjasama

- Berkembangnya kerjasama antara SKPD KB, petugas lapangan KB, IBI, universitas, tokoh agama dan tokoh masyarakat dengan Pokja advokasi (*District Working Group/DWG*) di Karanganyar, Lumajang, Tuban, Kediri, Lombok Timur, and Sumbawa.
- Sebanyak 20 tempat kerja di Pontianak setuju untuk memberikan rujukan MKJP. Ini menambah jumlah tempat kerja yang berkomitmen untuk mendukung KB menjadi 45 tempat di 2013/2014.
- Kerjasama dengan program PKH di Sulawesi Selatan

Kebijakan

- MOU Kementerian Desa dengan BKKBN
- Kesepakatan mengenai sertifikasi bidan

Operasional Pokja

- Pokja Advokasi di tingkat provinsi maupun kabupaten/kota disahkan oleh gubernur dan bupati sehingga memiliki dana operasional untuk advokasi.
- Pemda Karanganyar mengalokasikan Rp 15.000.000 per tahun untuk mendukung kegiatan Pokja Advokasi/DWG.

Replikasi

- Surat Edaran Gubernur Jawa Timur untuk replikasi pokja advokasi di seluruh kabupaten/kota, kecamatan dan desa untuk mendukung Kampung KB.
- Surat Edaran untuk merevitalisasi Tim KB Kecamatan dan Desa sebagai replikasi 4 desa percontohan di tahun sebelumnya di Kediri pada tahun 2016.
- Penganggaran replikasi DWG di seluruh kabupaten/kota oleh Kantor Perwakilan BKKBN Sulawesi Selatan.

Beberapa contoh lainnya:

- Alokasi Anggaran APBD NTB untuk Pokja Advokasi sebesar Rp. 36.000.000 untuk tahun 2016.
- Seluruh desa di Sumbawa (158 desa) mengalokasikan dana desa untuk mendukung program KB, dengan total Rp. 994.000.000/tahun pada tahun 2015.
- APBD Sumbawa membiayai pokja advokasi sebesar Rp. 48.000.000 pada tahun 2016.
- Dana desa di Lombok Timur dialokasikan untuk KB sebesar Rp. 1.500.000 – 5.500.000 di 162 desa pada tahun 2015.
- Pembiayaan untuk melatih CTU bagi 60 bidan di Lombok Timur pada tahun 2016.
- Lombok Timur menganggarkan biaya operasional pokja advokasi sebesar Rp. 20.000.000 pada tahun 2016.
- Lombok Barat menganggarkan biaya operasional pokja advokasi sebesar Rp. 54.520.000 pada tahun 2016.
- APBDes di Lombok Barat digunakan untuk KB di 110 desa, berkisar antara Rp. 7.500.000 – 15.000.000 pada tahun 2016.
- APBDes di Tuban dialokasikan untuk biaya operasional 308 tim KB Desa dengan kisaran Rp. 1.300.000 – 22.500.000/desa/tahun dengan total Rp.1.42 milyar, tahun 2016.
- APBDes di Asahan digunakan untuk revitalisasi program KB di 117 desa, dengan total penganggaran Rp. 3.519.300.000, untuk tahun anggaran 2017.
- Seluruh 198 desa di Lumajang mengalokasikan dana sebesar Rp. 5.000.000 – 10.000.000 setiap desa setiap tahun dengan total Rp.995.000.000, mulai tahun 2016.
- Dll.

BAB III
Strategi Komunikasi dan
Advokasi
Program Kependudukan,
Keluarga Berencana dan
Pembangunan Keluarga

Strategi komunikasi yang akan dikembangkan akan didasarkan pada kondisi dan tantangan nyata yang ada di lapangan seperti tergambarkan pada bagian I dokumen ini. Secara garis besar, diperlukan pemahaman yang komprehensif dan integratif terhadap situasi lapangan, aktor dan fungsi yang dijalankan serta kesalinghubungan antara aktor dan fungsi tersebut.

Sebagai strategi, dokumen ini memberikan arahan umum terhadap intervensi komunikasi yang akan dilaksanakan. Untuk masing-masing aspek dalam strategi akan diperlukan panduan lain yang sifatnya lebih teknis. Sebagai contoh: untuk meningkatkan kualitas pengetahuan, sikap dan perilaku didefinisikan strategi pesannya namun untuk menerjemahkan strategi tersebut ke dalam kalimat-kalimat yang akhirnya digunakan dalam materi komunikasi akan dituangkan dalam dokumen lain berbentuk panduan ringkas.

Permasalahan yang disampaikan dalam bagian sebelumnya dari dokumen ini mensyaratkan BKKBN untuk mengembangkan suatu strategi komunikasi dan advokasi yang komprehensif dan integratif agar dapat mencapai target-target yang dicanangkan dalam RPJMN. Secara ringkas strategi tersebut dapat digambarkan dalam diagram berikut:

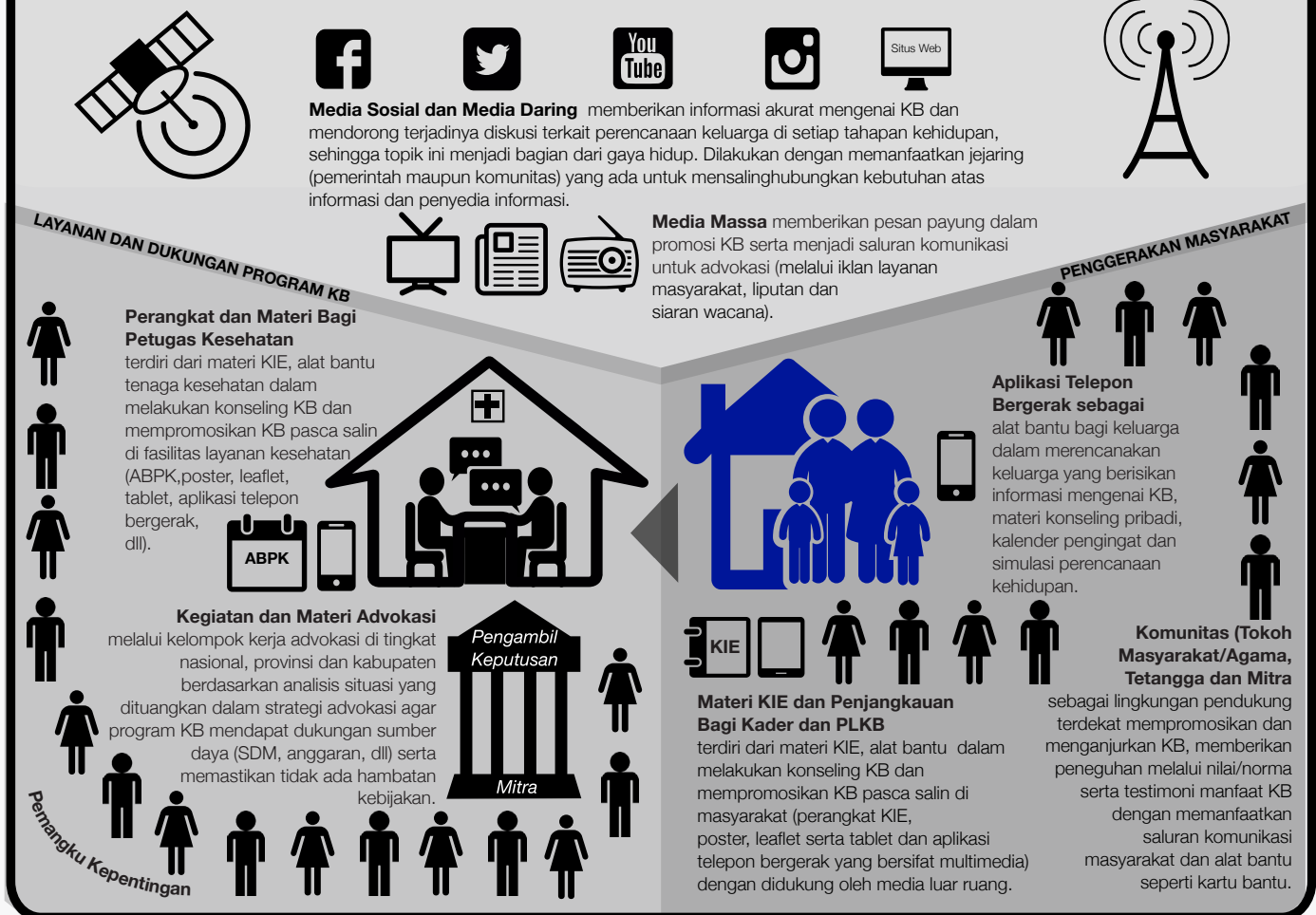
KERANGKA LOGIS STRATEGI KOMUNIKASI DAN ADVOKASI PROGRAM KEPENDUDUKAN DAN KELUARGA BERENCANA

FUNDAMEN PESAN KUNCI

Pesan KIE - Perencanaan di setiap tahap kehidupan:

Sebelum dan setelah menikah, setelah melahirkan dan ingin memberi jarak, serta saat tidak ingin menambah anak
Pesan Advokasi - Masalah kependudukan dan keluarga adalah masalah pembangunan lintas sektoral yang strategis

EKOSISTEM INTERVENSI KOMUNIKASI



DAERAH INTERVENSI KHUSUS

Wilayah Berdasarkan
Profil Analisis Kuadran

Daerah Tertinggal
Terpencil dan Di Perbatasan

Daerah
Kepulauan

Sasaran Program KKB Dalam RPJMN 2015-2019

- Menurunnya Laju Pertumbuhan Penduduk (LPP) dari 1,49 menjadi 1,23
- Menurunnya Angka kelahiran total (TFR) per WUS (15-49 tahun) dari 2,6 menjadi 2,28
- Meningkatnya pemakaian kontrasepsi (CPR) semua metoda dari 61,9 menjadi 66
- Menurunnya kebutuhan ber-KB yang tidak terpenuhi (unmet need) dari 11,4 menjadi 9,91
- Menurunnya Angka kelahiran pada remaja usia 15-49 tahun (ASFR 15-49 tahun) dari 48 per 1.000 menjadi 38 per 1.000
- Menurunnya kehamilan yang tidak diinginkan dari WUS (15-49 tahun) dari 7,1 menjadi 6,6

Untuk mencapai sasaran program KKB dalam RPJMN 2015-2019, BKKBN perlu mengembangkan strategi yang akan diimplementasikan dalam ekosistem intervensi komunikasi dengan mempertimbangkan juga daerah intervensi khusus seperti (1) wilayah berdasarkan profil analisis kuadran, (2) daerah tertinggal, terpencil dan di perbatasan serta (3) daerah kepulauan. Keseluruhan intervensi ini menggunakan suatu pesan kunci berdasarkan kebutuhan dari khlayak sasaran, baik dalam sisi KIE maupun advokasi.

Rincian ringkas dari intervensi yang diperlukan berdasarkan diagram ini dituangkan dalam bagian berikut.

A. STRATEGI KOMUNIKASI, INFORMASI DAN EDUKASI

Problem KKBPK Secara Umum

Secara umum data statistik dan hasil penelitian menunjukkan problem KKBPK yang masih dihadapi oleh Indonesia adalah:

Masalah Capaian Program

- Angka Kelahiran Total (Total Fertility Rate/TFR) masih cukup tinggi (2,6 pada SDKI 2012).
- Masih tingginya jumlah anak yang diinginkan dari setiap keluarga (2,7 pada SDKI 2012).
- Tingkat Pemakaian Kontrasepsi (Contraceptive Prevalence Rate/CPR) sudah meningkat namun belum signifikan (57,9% pada SDKI 2012).
- Peningkatan CPR tidak selalu diikuti dengan penurunan TFR.
- Pengguna kontrasepsi masih didominasi oleh Non MKJP (47,3% pada SDKI 2012) dan cenderung menaik.
- Rendahnya kesertaan KB Pria, yaitu sebesar 2,0 persen (SDKI 2007 dan 2012).
- Tingkat putus pakai penggunaan kontrasepsi (drop out) masih tinggi, yaitu 27,1 persen.
- Kebutuhan ber-KB yang tidak terpenuhi (unmet need) masih tinggi, yaitu sebesar 8,5 persen atau 11,4 persen apabila dengan menggunakan metode formulasi baru.
- Situasi di berbagai daerah sangat berragam.

Masalah Kesehatan Reproduksi Remaja

- Masih banyaknya hubungan seks remaja pranikah yang tidak terlindungi.
- Masih banyaknya perkawinan usia muda, ditandai dengan median usia kawin pertama perempuan yang rendah yaitu 20,1 tahun (usia ideal pernikahan menurut kesehatan reproduksi adalah 21 tahun bagi perempuan dan 25 tahun bagi pria).
- Remaja perempuan 15-19 tahun yang telah menjadi ibu dan atau sedang hamil anak pertama meningkat dari 8,5% menjadi 9,5% (SDKI 2007 dan SDKI 2012).
- Angka kelahiran pada perempuan remaja usia 15-19 tahun masih tinggi, yaitu 48 per 1.000 perempuan usia 15-19 tahun (SDKI 2012).

Masalah Komunikasi dan Strategi untuk Meresponnya

Di tingkat khalayak sasaran dan lingkungan, problem yang muncul adalah:

- Pengetahuan yang tidak akurat.
- Sikap yang tidak positif.
- Kondisi di mana lingkungan terdekat dan sosial tidak sepenuhnya mendukung keputusan menjadi akseptor KB.

Masalah Komunikasi	Strategi Intervensi
Pengetahuan yang tidak akurat • Hanya pengetahuan permukaan, tidak mengetahui KB secara mendalam: ○ Jenis metode KB ○ Manfaat bagi pribadi dan keluarga	• Mengembangkan materi informasi yang mendalam namun ringkas dan akurat mengenai metoda KB, proses penggunaannya dan manfaatnya. • Mendekatkan informasi yang akurat ke tingkat masyarakat: ○ Merevitalisasi Tim KB Desa. ○ Memanfaatkan media baru (media sosial, <i>mobile apps</i>). ○ Membangun sejenis layanan <i>hotline</i> yang dapat dihubungi. ○ Memaksimalkan distribusi materi <i>below the line</i>. • Membangun pendidik sebaya (<i>peer educator</i>) di lingkungan dan di sekolah.
• Mendengarkan gosip/informasi yang tidak akurat mengenai risiko KB dan MKJP.	○ Merevitalisasi Tim KB Desa. ○ Memanfaatkan media baru (media sosial, <i>mobile apps</i>). ○ Membangun sejenis layanan <i>hotline</i> yang dapat dihubungi. ○ Memaksimalkan distribusi materi <i>below the line</i>. • Membangun pendidik sebaya (<i>peer educator</i>) di lingkungan dan di sekolah.
Sikap yang tidak positif • Merasa takut akan proses pemasangan KB terutama MKJP. • Miskonsepsi akan MKJP: ○ Mahal ○ Risiko besar (IUD bisa berpindah, Implan bisa hilang, dll)	• Menyampaikan informasi yang akurat bahwa metoda KB IUD dan Implan bersifat aman, mudah, murah (jika diperhitungkan dalam jangka waktu yang panjang) dan reversible atau bisa segera mengembalikan kesuburan, sehingga sangat bisa digunakan untuk menunda kehamilan pertama. (strategi untuk pengetahuan juga berimplikasi di masalah ini karena sikap yang tidak positif terbangun akibat pengetahuan yang tidak akurat).

Masalah Komunikasi	Strategi Intervensi
Lingkungan terdekat dan sosial tidak sepenuhnya mendukung • Banyak tetangga yang tidak menjadi akseptor KB. • Banyak akseptor yang menggunakan metode jangka pendek. • Pasangan tidak mendukung. • Petugas tidak selalu menyarankan MKJP. • Di beberapa tempat masih ada hambatan dari sisi persepsi bahwa KB tidak sesuai dengan agama yang dianut.	• Memberikan rekomendasi metode yang paling menguntungkan bagi akseptor (walau pilihan akhir metode KB dalam sistem kafetaria ditentukan oleh calon akseptor, namun dalam kenyataannya calon akseptor membutuhkan saran). • Memaksimalkan peran tokoh yang berpengaruh (tokoh masyarakat, tokoh agama, dan lainnya) dalam memberikan informasi dan membangun motivasi. • Mensalinghubungkan antara calon akseptor dengan akseptor yang memiliki pengalaman positif dengan KB (baik secara tatap muka, maupun bermedia, misalnya testimoni melalui materi komunikasi (cetak maupun audio visual, media sosial, dll)). • Bagi pasangan yang belum mendukung, program KB perlu membangun motivasi untuk mendapatkan manfaat dari nilai keluarga kecil, sehat dan sejahtera, dari aspek: ○ Kesehatan ibu ○ Manfaat ekonomi ○ Manfaat kualitas hubungan keluarga ○ Manfaat pendidikan ○ Manfaat sosial • Di daerah yang masih memiliki problem terkait dengan aspek agama, program KB merevitalisasi kerjasama dengan Fapsedu.

Terkait dengan permasalahan di seputar pesan program yang didiskusikan di bagian sebelumnya, maka strategi intervensi yang dapat dilakukan adalah sebagaimana dituangkan dalam tabel berikut.

Strategi Intervensi dan Strategi Pesan Berdasarkan Segmentasi Khalayak	
Masalah	Strategi Intervensi dan Strategi Pesan
Perlunya segmentasi berdasarkan tahapan kehidupan	Sebelum menikah • Menanamkan nilai perencanaan dalam setiap aspek kehidupan dan manfaatnya. • Membangun motivasi untuk mendapatkan manfaat mendewasakan usia perkawinan. • Membangun motivasi untuk mencegah hubungan seks pranikah • Memberikan informasi yang akurat mengenai risiko hubungan seks pranikah, termasuk cara melindungi diri dari kehamilan (sejenis <i>harm reduction</i>). • Membangun nilai baru mengenai usia perkawinan yang memberikan manfaat terbesar pada pasangan dari aspek fisik, mental dan sosial.
	Menunda kehamilan pertama • Membangun motivasi untuk menyiapkan aspek kesiapan fisik dan mental menghadapi kehamilan/kelahiran. • Membangun nilai baru bahwa mengatur kelahiran adalah hal yang positif (tidak harus menikah dan segera memiliki anak). • Membangun motivasi untuk mendapatkan manfaat dari menunda kelahiran (fisik, mental dan sosial). • Menyampaikan informasi yang akurat bahwa metoda KB IUD dan Implan bersifat <i>reversible</i> atau bisa segera mengembalikan kesuburan, sehingga sangat bisa digunakan untuk menunda kehamilan pertama. Menjaga jarak kehamilan • Membangun motivasi untuk mendapatkan manfaat menjaga jarak kelahiran, bagi ibu, anak dan keluarga. • Menyampaikan informasi yang akurat bahwa metoda KB IUD dan Implan bersifat reversible atau bisa segera mengembalikan kesuburan, sehingga sangat bisa digunakan untuk menjaga jarak kehamilan.

Strategi Intervensi dan Strategi Pesan Berdasarkan Segmentasi Khalayak	
Masalah	Strategi Intervensi dan Strategi Pesan
	Menghentikan kelahiran karena jumlah anak sudah cukup • Membangun motivasi untuk mendapatkan manfaat dari nilai keluarga kecil, sehat dan sejahtera, dari aspek: ○ Kesehatan ibu ○ Manfaat ekonomi ○ Manfaat kualitas hubungan keluarga ○ Manfaat pendidikan ○ Manfaat sosial • Membangun persepsi bahwa menggunakan MOW atau MOP jauh lebih memudahkan dibandingkan MKJP, terlebih lagi jika dibandingkan dengan metoda jangka pendek. Saat menjadi Orang Tua • Membangun motivasi untuk membangun kualitas kehidupan keluarga dengan menjalankan fungsi keluarga secara maksimal. • Memberikan informasi mengenai kesehatan reproduksi remaja dan perencanaan keluarga sebagai dasar dalam penundaan usia perkawinan pertama. • Membangun motivasi orang tua dalam mempersiapkan masa depan generasi berikutnya sejak 1000 hari pertama kehidupan, selama masa pertumbuhan menjadi dewasa dan melakukan penundaan usia perkawinan pertama. • Membangun motivasi untuk mendapatkan informasi dan dukungan dalam membangun keluarga kecil, sehat dan sejahtera melalui kegiatan BKB/BKL. • Membangun motivasi bagi keluarga pra-sejahtera untuk membangun masa depan anggota keluarga yang lebih baik melalui keterlibatan dalam kegiatan UPPKS.

Dalam kaitan dengan ini, dirasakan perlu untuk mempertimbangkan tidak lagi menggunakan istilah MKJP dan Non-MKJP dalam komunikasi dengan akseptor/calon akseptor. Terdapat persepsi bahwa MKJP ditujukan dan hanya bermanfaat bagi WUS yang sudah tua.

Dalam upaya merespon keberagaman kondisi di tanah air, BKKBN mengembangkan analisis kuadran. Strategi yang dapat dikembangkan dalam konteks profil daerah berdasarkan kuadran tertuang dalam tabel di bawah ini.

Strategi Intervensi Terkait dengan Analisis Kuadran

Masalah	Strategi Intervensi dan Strategi Pesan
<i>Terdapat perbedaan kondisi capaian KB berdasarkan profil kuadran</i>	• Kudaran II dan III: Mengembangkan promosi KB yang lebih intensif mengenai metoda KB dan manfaatnya melalui metoda kafetaria. • Kuadran I: Memfokuskan pada penggunaan MKJP pada daerah Kuadran I untuk mencegah <i>drop out</i>, di mana tingkat putus pakai bisa sampai 25%. • Kuadran IV: Memfokuskan pada KS/PK

Strategi Intervensi Pada Daerah Tertinggal, Terpencil dan di Perbatasan serta Kepulauan

Masalah	Strategi Intervensi dan Strategi Pesan
<i>Terdapat problem khusus di daerah tertinggal, terpencil dan di perbatasan serta daerah kepulauan dalam aspek geografis, akses, rentang waktu efektif untuk penjangkauan dan pelayanan</i>	• Memfokuskan pada penggunaan MKJP mengingat sempitnya rentang waktu efektif untuk penjangkauan dan pelayanan akibat kesulitan yang muncul terkait aspek geografis yang sulit (misalnya di daerah kepulauan, kerap dalam satu tahun hanya tersedia waktu selama enam bulan untuk itervensi akibat faktor cuaca)

Investasi di bidang media bisa menjadi investasi yang tidak efektif dan efisien jika tidak dilihat dalam konteks bauran media. Hanya dengan cara pandang bauran media, perancang program dapat memaksimalkan potensi masing-masing media sehingga terjadi efek yang saling mendukung. Berikut adalah strategi bauran media yang disarankan.

Strategi Bauran Media Berdasarkan Saluran Komunikasi Informasi KB yang Diandalkan	
Media Massa (Above the line)	Media massa televisi dan koran masih dominan sebagai sumber informasi yang diandalkan dari sisi media. Diperlukan strategi untuk memadukan antara media <i>above the line</i> dengan <i>below the line</i>: • Media <i>above the line</i> menjadi payung bagi pesan kunci, manfaat dan anjuran aksi (<i>call to action</i>). • Media <i>below the line</i> memberikan kedalaman dalam memberikan informasi dan membangun motivasi. • Ke dua media ini harus nampak koheren dan integratif (pesan dan tampilan visual). • Melanjutkan dan memaksimalkan advokasi media dan kerjasama dengan media. • Mempertimbangkan rentang keragaman khalayak yang mengkonsumsi media dengan memastikan pesan yang diberikan mudah dipahami.
Masyarakat**	Tetangga dan saudara menjadi sumber informasi yang dominan di tingkat masyarakat: • Membangun pendidik sebaya (<i>peer educator</i>) di lingkungan. • Merevitalisasi Tim KB Desa (di mana anggotanya sesungguhnya adalah juga tetangga). • Memberikan alat bantu bagi <i>peer educator</i> ini dalam menjalankan fungsinya sebagai sumber informasi misalnya: ○ <i>Cue card</i> ○ <i>Mobile apps</i> (sehingga <i>peer educator</i> memiliki materi KIE yang selalu siap dibawa)
Petugas Kesehatan**	Di sisi petugas kesehatan, bidan dan dokter menjadi sumber informasi yang diandalkan: • Memaksimalkan distribusi media <i>below the line</i> sampai ke tingkat layanan. • Mendistribusikan salinan media audio visual ke tingkat layanan sehingga dapat diputar di fasilitas layanan yang memiliki peralatan penayangan (televisi, dll). • Mengembangkan apps konseling dengan muatan multimedia yang akan memudahkan proses penyampaian informasi yang akurat dan mendalam.

Strategi Bauran Media Berdasarkan Saluran Komunikasi Informasi KB yang Diandalkan	
Media Luar Ruang dan Media yang Dibagikan (Below the line)	Media <i>below the line</i> dalam strategi untuk merespon masalah di atas sangat strategis. Apa yang sudah dilakukan dapat dilanjutkan dengan mempertimbangkan aspek berikut: • Dalam bauran media tidak dikenal istilah overdosis, semakin beragam media yang digunakan semakin besar potensi akses informasi. Namun ini hanya dapat dilakukan jika biaya yang dibutuhkan tersedia. • Dalam kasus biaya pengembangan, produksi dan distribusi materi komunikasi terbatas, maka diperlukan penentuan prioritas berdasarkan profil masalah dan profil khalayak di daerah itu. Temuan menunjukkan bahwa intervensi yang sangat diperlukan adalah intervensi di tingkat masyarakat melalui komunikasi antar pribadi. Dalam konteks ini adalah bijak jika materi komunikasi yang diproduksi adalah yang mendukung para <i>peer educator</i> atau petugas lapangan (misalnya memproduksi <i>cue card</i>). • Pesan antara media <i>above the line</i> dan <i>below the line</i> harus nampak koheren dan integratif (pesan dan tampilan visual).
Media Baru: SMS, Internet, Media Sosial dan Mobile apps	• Memaksimalkan pemanfaatan media baru yang mulai disebut sebagai sumber informasi seperti internet, media sosial, SMS dan mobile apps, baik yang dikembangkan BKKBN maupun berjejaring dengan komunitas potensial (SKATA, komunitas Ayah ASI, SMS Bunda, dll). • Mengingat potensi penggunaanya yang sangat besar serta sangat beragamnya potensi pemanfaatan <i>mobile apps</i> dalam program KB, menjadi penting bagi BKKBN masuk ke ranah ini • Pengembangan juga lebih efisien (<i>apps</i> hanya cukup sekali dikembangkan di tingkat nasional dan seterusnya tinggal disalin atau diunduh di seluruh Indonesia).

****** Saluran komunikasi antar pribadi dapat berupa kunjungan rumah, konseling di layanan, posyandu atau tempat pertemuan lainnya. Selain itu kegiatan BKB/BKL/UPPKS juga merupakan sarana komunikasi yang bisa dimanfaatkan untuk menyampaikan pesan-pesan KKBPK yang relevan. Dalam kontak komunikasi ini diperlukan materi-materi pendukung seperti disebutkan dalam bagian Media Luar Ruang dan Media yang Dibagikan (Below the line) serta Media Baru di atas. Cue cards dan mobile apps dapat digunakan dalam kegiatan-kegiatan seperti ini.

Seperti disinggung dalam bagian lain dokumen ini, terdapat kebutuhan mendesak akan adanya system penyimpanan dan distribusi berbasis internet. Melaluiinya perancang dan pelaku program dapat memanfaatkan materi yang sudah ada dan tidak perlu mengembangkan dari awal. Dengan demikian hal ini akan menunjang efisiensi serta percepatan dalam prosesnya. Dalam praktiknya nanti, perancang dan pelaku program di lapangan dapat mengadaptasi materi-materi ini dan disesuaikan situasi, tuntutan dan kearifan lokal.

Membangun Sistem Penyimpanan dan Distribusi Daring (Online)

Seperti disinggung dalam bagian sebelumnya, terdapat kebutuhan untuk mengembangkan sistem penyimpanan dan distribusi melalui jejaring digital. Hal ini dilatari kenyataan bahwa:

- Di satu sisi terdapat begitu banyak ragam materi KIE untuk berbagai isu yang dikembangkan baik oleh BKKBN sendiri maupun para mitra, di sisi yang lain banyak kegiatan penggerakan yang tidak dibekali oleh materi KIE yang dibutuhkan.
- Materi ini tersebar di berbagai tempat dan sulit untuk mendapatkannya ketika ada kebutuhan segera.
- Kecakapan mengembangkan materi KIE yang baik tidak dimiliki secara merata oleh para pelaku program KKBPK.
- Dunia produksi materi komunikasi (*content creation*) yang bersifat multimedia (teks, audio, visual) sudah lama beralih ke ranah digital, sehingga sangat mudah untuk saling berbagi.
- Kecepatan jaringan internet sudah jauh lebih baik, sehingga memungkinkan untuk mengunduhnya.
- Media penyimpanan digital yang bersifat massif pun sudah tersedia dan tidak membutuhkan biaya yang terlalu mahal, sehingga materi pun bisa diunduh di ibu kota provinsi dan dibagikan secara luring (*offline*), misalnya melalui cakram rekam hanya baca (CD/ DVD) atau media penyimpanan baca tulis (*Flash disk*, dll).

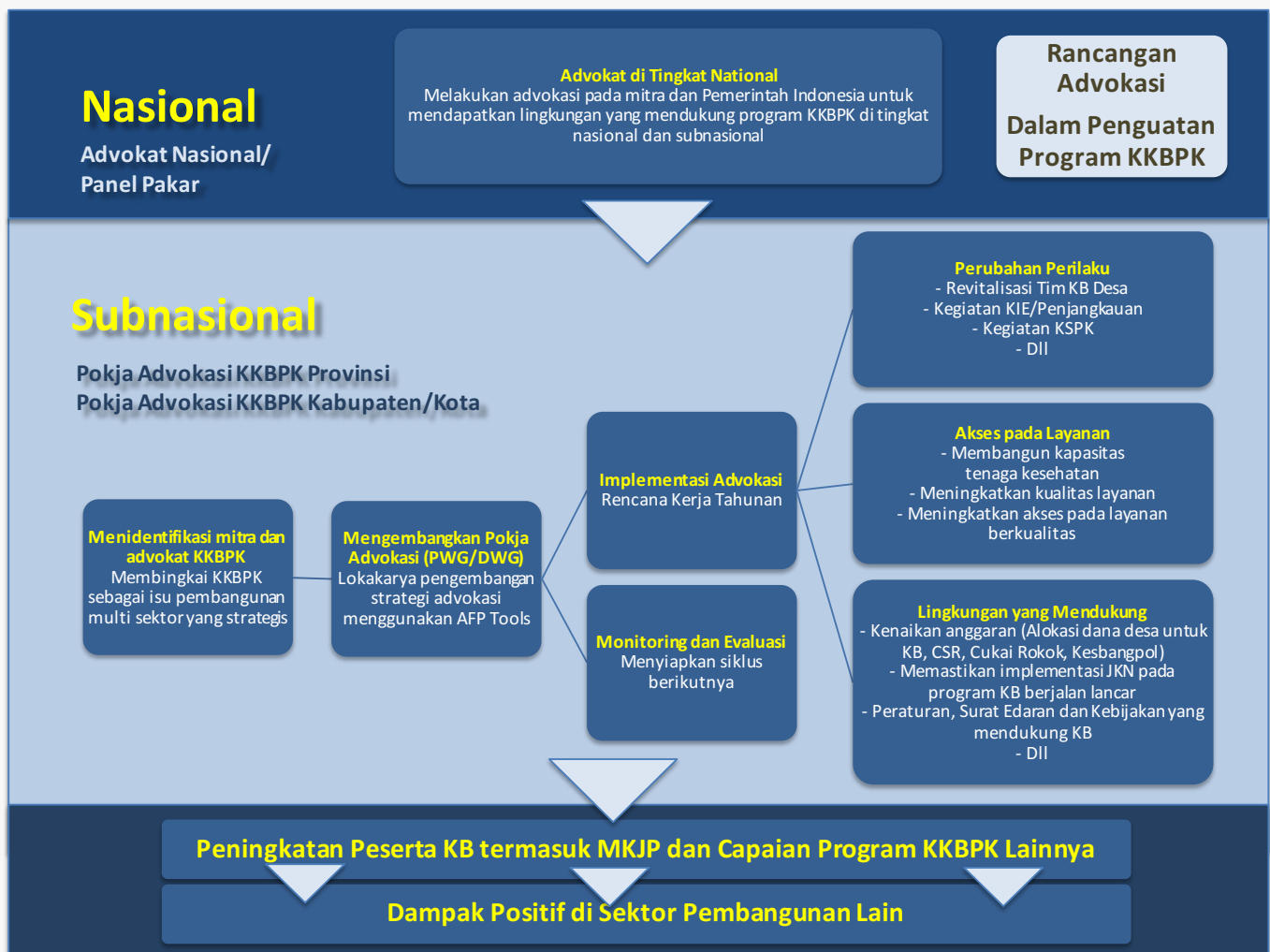
B. STRATEGI ADVOKASI

Berdasarkan temuan lapangan, diskusi dan pengalaman implementasi program advokasi seperti yang dipaparkan sebelumnya, dapat dirangkumkan bahwa problem yang dihadapi adalah:

- Tidak banyak pimpinan daerah yang memberi prioritas pada program KKBPK sehingga alokasi anggaran program KKBPK juga di banyak daerah tidak mencukupi kebutuhan program dan besar masalah KKBPK di daerah itu serta bentuk lembaga KKBPK di daerah yang masih banyak digabungkan dengan sektor lain.
- Oleh pemangku kepentingan daerah Program KKBPK belum dilihat sebagai program yang berdimensi dan memiliki kemanfaatan lintas sektor, ia hanya dilihat sebagai program alokon saja.
- Dari sisi SDM, rekrutmen pimpinan SPKPD KB juga kerap tidak mempertimbangkan kapasitas di bidang KKBPK, sehingga para pengelola kurang cakap dalam merancang dan mengelola program. Kadang staff yang sudah terlatih, mengalami mutasi ke kantor lain.
- Terdapat potensi dana di daerah yang berpotensi menutup kekurangan anggaran APBD untuk program KKBPK namun belum termanfaatkan misalnya dana-dana di desa (APBDes, Dana Desa, Anggaran Dana Desa, dll)
- Masih perlu dimaksimalkannya pemanfaatan potensi besar sumber daya yang ada di daerah selain potensi anggaran, misalnya potensi sumber daya pergerakan (contoh: jejaring berbagai organisasi yang dapat merespon situasi kurangnya pergerakan KB akibat tidak idealnya jumlah PLKB yang tersedia), sumber daya kecakapan (contoh: kepakaran pengembangan program komunikasi di perguruan tinggi), sumber daya media (contoh: media yang dikelola jejaring Kominfo), dll.

Di tingkat nasionalpun masih terdapat beberapa hambatan kebijakan yang berpengaruh besar pada kinerja program KKBPK di tingkat daerah, seperti tertuang dalam bagian sebelumnya dari dokumen ini.

Untuk itu dapat dikembangkan strategi advokasi yang komprehensif di berbagai level: nasional dan subnasional, seperti langkah-langkah di bawah ini:



Langkah yang dapat diambil adalah:

1. Mengembangkan kelompok kerja advokasi.
2. Memetakan jejaring setempat dan tingkat keterlibatan masing-masing institusi
3. Memetakan sumber daya yang tersedia di daerah (anggaran, manusia, kecakapan, asset, dll)
4. Mengemas isu KKBPK sebagai isu yang berdimensi lintas sektor
5. Menuangkan argumentasi dalam lembar kebijakan (*policy brief*)
6. Mengembangkan rencana kerja yang SMART dan koordinasi untuk mengawalinya
7. Memantau dan Mengevaluasi
8. Meresmikan kelompok kerja ke dalam operasional pemerintah

Mengembangkan Kelompok Kerja Advokasi

Sebuah kelompok kerja terdiri dari individu yang memiliki pengaruh, yang berasal dari berbagai institusi dan memiliki komitmen bagi pengembangan masyarakat, terutama bagi penyediaan informasi, layanan, dan/atau suplai keluarga berencana. Anggota kelompok kerja dipilih oleh pahlawan setempat dan menggunakan advokasi berbasis data/bukti (*evidence-based advocacy*) yaitu advokasi yang mengidentifikasi, mengkaji dan menggunakan temuan-temuan riset terbaru sebagai dasar dari kebijakan dan pengambilan keputusan mengenai anggaran.

Contoh keanggotaan sebuah kelompok kerja tingkat kabupaten mencakup wakil dari:

- Badan Perencanaan dan Pembangunan Daerah (Bappeda)
- Dinas Kesehatan Kabupaten,
- Ikatan Bidan Indonesia (IBI),

- Badan Pemberdayaan Masyarakat dan Pemerintahan Desa (BPMPD),
- Kantor Urusan Agama,
- Kantor Urusan Sosial Budaya,
- Kantor Urusan Pendidikan,
- Kantor Kependudukan,
- Organisasi profesi dokter atau perawat,
- Lembaga swadaya masyarakat seperti Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI),
- Organisasi religius seperti Muhammadiyah dan Nadhlatul Ulama (NU)
- Anggota DPRD,
- Tokoh masyarakat, dan
- Sektor swasta.

BKKBN setempat dapat bertindak sebagai pimpinan koordinasi.

Kelompok Kerja Advokasi

Kelompok kerja ini bersifat independen namun demikian ia dapat diresmikan sesuai pengalaman implementasi dalam program advokasi yang menggunakan pendekatan ini, banyak kelompok kerja advokasi yang kemudian diresmikan dan mendapatkan pengukuhan resmi melalui surat keputusan bupati/walikota. Hal ini karena pimpinan daerah mulai mengadopsi gagasan berfikir bahwa program KKBPK adalah program yang memiliki kemanfaatan lintas sektor dan dapat melindungi investasi pembangunan yang ada. Dengan diresmikannya kelompok kerja, maka kelompok kerja ini berhak mendapatkan dana operasional dari daerah. Inilah keunikan dari pendekatan ini, karena kelompok kerja mendapatkan dana dari pihak yang menjadi khalayak sasaran advokasi.

Namun demikian hal ini tidak merupakan keharusan, karena sebagai inisiatif pemangku kepentingan (BKKBN dan mitra), kelompok kerja ini dapat tetap berfungsi penuh.

Untuk kelompok kerja yang tidak diresmikan dengan SK Bupati/Walikota, biaya operasional bisa diambilkan dari biaya program advokasi SKPD KB atau secara bergiliran dibiayai oleh lembaga tepat anggota kelompok kerja bernaung (SKPD Kesehatan, pendidikan, Bappeda, dll). Hal ini dimungkinkan ketika para anggota sepakat bahwa kelompok kerja ini memiliki manfaat lintas sektor. Biaya yang perlu dikeluarkan juga tidak besar, sebagian terbesar biaya adalah untuk pertemuan, sehingga bisa dibiayai oleh dana rutin SKPD.

"Dengan Kelompok Kerja Kabupaten, advokasi provinsi di tingkat kabupaten menjadi lebih efisien karena kami dapat datang ke satu pertemuan kelompok kerja, tidak usah melakukan kunjungan satu-persatu."

Dr. Henny Hamidah, Dinas Kesehatan Provinsi, Seksi Kesehatan Keluarga, Kementerian Kesehatan

"Dengan menghadiri kegiatan kelompok kerja kabupaten, saya merasa lebih mudah berkoordinasi dengan kabupaten. Jadi waktu kami mengimplementasikan program provinsi, kami dapat mencapai sasaran bersama dengan kabupaten."

Dra Sri Suparmi, M.Si, BKKBN Jawa Timur, Surabaya

Memetakan jejaring setempat dan tingkat keterlibatan masing-masing institusi

Melalui pemetaan jaringan setempat, anggota kelompok kerja dapat memperoleh gambaran yang jelas mengenai situasi, serta pihak-pihak yang berperan dominan dalam pengambilan keputusan.

Metode *Net-Map* dalam Memetakan Aktor dan Pengaruhnya (*power-play*)

Net-Map adalah suatu program pemetaan yang didasarkan pada diskusi kelompok untuk membantu orang memvisualisasikan, mendiskusikan, dan memahami situasi, aktor dan pola hubungan antara aktor serta siapa pihak yang paling berpengaruh.

Pemetaan ini memasukkan data kualitatif ke dalam analisis jejaring sosial, dan telah semakin banyak dipakai oleh praktisi di bidang komunikasi, advokasi, politik, gerakan sosial, dan pembelajaran organisasi. Dengan *Net-Map*, peserta belajar mengerti siapa yang mempengaruhi pengambilan keputusan dan lalu mengembangkan suatu rencana aksi untuk membentuk jaringan.

Net-Map juga dapat memperjelas pemangku kepentingan yang tidak diketahui sebelumnya yang perlu diikutsertakan dalam kelompok kerja, sekaligus juga memperjelas kemungkinan sasaran advokasi.

"Dengan menggunakan perangkat ini, kami memiliki informasi dan data tentang keluarga berencana untuk membantu kami mengembangkan rencana kami."

Dr. Saiful Hidayat, Badan Pemberdayaan Perempuan dan Keluarga Berencana (BPPKB) Jawa Timur, Surabaya

Memetakan sumber daya yang tersedia di daerah (anggaran, manusia, kecakapan, aset, dll)

Mengingat program KKBPK membutuhkan seluruh dukungan yang mungkin didapatkan, kelompok kerja advokasi perlu membuat pemetaan terhadap sumber daya ini. Sumber daya inilah yang nantinya akan dijadikan sebagai permintaan (*advocacy ask*) dalam kegiatan advokasi yang dirancang.

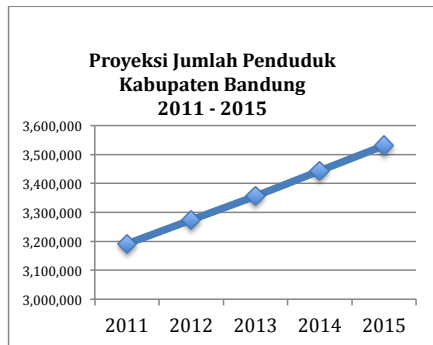
Mengemas isu KKBPK sebagai isu yang berdimensi lintas sektor

Pokja advokasi dapat mengembangkan suatu argumen untuk mengemas program KKBPK sebagai isu yang memiliki kemanfaatan lintas sektor, atau sebaliknya jika sektor KKBPK gagal maka sektor lain pun akan terkena dampak yang signifikan. Contoh logika argumen tersebut seperti nampak dalam ilustrasi berikut:

Langkah 1, Melakukan proyeksi jumlah penduduk dengan laju kependudukan saat ini

Ilustrasi Argumentasi

Investasi KB Berdampak Positif pada Bidang Pembangunan Lain



2011\$	2012\$	2013\$	2014\$	2015\$
3.191.259	3.272.955	3.356.743	3.442.675	3.530.808

Kondisi Kependudukan Kabupaten XXX

- Laju pertumbuhan penduduk Kabupaten XXX adalah sebesar 2,56 persen. Berdasarkan jumlah penduduk pada tahun 2010 yakni 3.111.602 jiwa.
- Proyeksi jumlah penduduk di tahun-tahun berikutnya, dengan asumsi tidak ada perubahan yang berarti dalam program Keluarga Berencana dan kependudukan.

Langkah 2, Mengembangkan analisa dampak lintas sektor berdasarkan proyeksi

Ilustrasi

Konsekuensi dari Kelahiran (KB)

Berdasarkan diagram di slide sebelumnya nampak bahwa setiap tahun akan dilahirkan **55.673** bayi di Kabupaten XXX

Pembiayaan Kesehatan Anak

Berdasarkan standar yang digunakan oleh Kementerian Kesehatan, biaya kesehatan per anak hingga usia 5 tahun adalah **Rp. 581.855,83**. Ini berarti pemerintah kota harus mengeluarkan biaya kesehatan anak selama lima tahun ke depan sebesar **Rp 161.968.298.118** (hasil perhitungan: 55.673 anak x 5 tahun x Rp. 581.855,83).

Sarana dan Biaya Pendidikan

Pemerintah daerah perlu menyediakan sarana dan biaya-biaya lain ketika bayi yang dilahirkan mulai masuk usia sekolah.

Penyediaan Lapangan Kerja

Saat si anak sudah menyelesaikan sekolah, maka jumlah lapangan kerja yang disediakan juga harus sesuai dengan tingkat pertumbuhan penduduk ini. Anak yang putus sekolah akan masuk bursa tenaga kerja lebih awal. Konsekuensinya adalah mereka akan masuk ke lapangan kerja tanpa keterampilan dan kompetensi.

Ketahanan Pangan

Ketahanan Pangan adalah kondisi terpenuhinya pangan bagi rumah tangga yang tercermin dari tersedianya pangan yang cukup, baik jumlah maupun mutunya, aman, merata dan terjangkau. Apabila jumlah penduduk yang banyak dan tingkat pertumbuhannya yang tinggi, maka upaya untuk mewujudkan ketahanan pangan menjadi sulit tercapai.

Pemberdayaan Perempuan

Semakin sering seorang ibu melahirkan akan menyebabkan meningkatkan resiko kematian ibu serta menurunkan kesempatan perempuan untuk berpartisipasi dalam pembangunan.

Kemananan

Jumlah penduduk yang banyak berpotensi terjadinya permasalahan sosial semakin tinggi yang mengakibatkan terganggunya stabilitas keamanan.

Kualitas layanan umum, tingkat kemakmuran, indeks kebahagiaan, dll

Langkah 3, Mengembangkan analisa manfaat lintas sektor jika program kependudukan dan keluarga berencana berhasil karena mendapat dukungan kebijakan dan sumber daya

Ilustrasi

Jika Program KB mendapatkan Dukungan Sumber Daya

Jika KB mendapat investasi yang cukup dan kelahiran yang tadinya diproyeksikan dari **55.673** bayi dapat dicegah menjadi **36.680** bayi



Efisiensi Anggaran Pembangunan Daerah

Upaya menekan laju pertumbuhan penduduk ini dapat dilakukan dengan revitalisasi program KB. Jika laju pertumbuhan penduduk dapat ditekan melalui penurunan tingkat kelahiran menjadi 36.680 bayi setiap tahun, maka investasi di bidang KB ini akan menghemat dana sebesar Rp. 55.255.938.896 untuk lima tahun.



Dampak Positif di Sektor Lain

- Mengalihkan penambahan fasilitas sekolah menjadi peningkatan kualitas pendidikan
- Meningkatkan kualitas sumber daya manusia
- Meningkatkan kualitas layanan kesehatan
- Meningkatkan SDM dan IPM
- Keamanan negara terjamin
- Serta Sektor-sektor lain

"Tugas saya adalah menyetujui pemberdayaan masyarakat, jadi proses kegiatan kelompok kerja kabupaten ini membuat tugas saya lebih mudah ... juga lebih fokus. Saya bisa melakukan advokasi kepada supervisor saya dan bahkan kepada Bupati sendiri."

Ibu Henny Surtini, Badan Pemberdayaan Masyarakat dan Pemerintahan Desa atau BPMPD, Bandung

Menuangkan argumentasi dalam lembar kebijakan (*policy brief*)

Argumen isu KKBPK sebagai isu multi-dimensi dan lintas sektoral dituangkan ke dalam bentuk lembar kebijakan yang menjadi bahan bagi berbagai pemangku kepentingan untuk memberi dukungan dan mendefinisikan fungsi mereka dalam program KKBPK.

"Pada awalnya sulit meminta pemilik perusahaan untuk menjalankan program ini karena mereka selalu berpikir mengenai laba/keuntungan. Mereka bertanya, 'Apa manfaatnya ini bagi kita?'; tanya Pak Acui, Ketua Bapindo Kota Pontianak. 'Saya jelaskan bahwa kalau karyawan masuk dalam program keluarga berencana, mereka akan bekerja lebih baik karena mereka tidak lagi kuatir tentang tekanan keuangan di rumah. Mereka akan lebih produktif ... dan ini akan membuat perusahaan memperoleh lebih banyak uang juga.'"

Mengembangkan rencana kerja yang SMART dan koordinasi untuk mengawalinya

Perencanaan yang SMART (*Specific, Measurable, Attainable, Relevant, and Time-bound*) membantu membangun keterampilan advokasi dan menyediakan alat bagi anggota kelompok kerja untuk bekerja bersama dalam sebuah rencana kerja yang berorientasi pada tindakan. Rencana kerja ini menyesuaikan dengan kalender anggaran di daerah agar dapat secara maksimal mendapatkan dukungan yang dibutuhkan.

"Melalui pertemuan koordinasi bulanan staf provinsi dapat bertemu dengan staf kabupaten, jadi hubungan kami menjadi lebih baik. Sebelumnya kami menagih laporan triwulanan lewat telepon atau email; setelah intervensi, kami memberi bantuan teknis, kami datang ke kabupaten ... kami bisa memperoleh laporan tentang situasi dan kondisi kabupaten yang tidak bisa kami lihat sebelumnya."

Dr. Saiful Hidayat, Badan Pemberdayaan Perempuan dan Keluarga Berencana (BPPKB) Jawa Timur, Surabaya

Memantau dan Mengevaluasi

Anggota kelompok kerja harus memantau *quick wins* (hasil yang cepat didapat) untuk mengetahui apakah mereka mencapai dampak yang diinginkan. Biasanya serangkaian *quick wins* harus terjadi berurutan atau bersamaan untuk mendapat hasil yang setingkat dengan dampak. Memantau apakah *quick wins* ini sudah terjadi penting untuk penetapan kesuksesan advokasi dan memperdalam efek dari kemenangan cepat itu.

Saat sebuah keputusan diambil yang misalnya menghasilkan perubahan kebijakan, atau kenaikan anggaran, maka segala perubahan jangka pendek yang dihasilkan oleh keputusan tersebut harus dilacak dan dilaporkan kepada para pembuat keputusan.

Sukses berulang dalam advokasi keluarga berencana akan membuat pengambilan keputusan berikutnya, baik keputusan baru atau yang lebih sulit, menjadi lebih mudah. Para pembuat keputusan juga akan lebih mudah mengambil risiko. Untuk menunjukkan hasil dari investasi dalam keluarga berencana, anggota kelompok kerja perlu menyerahkan laporan perkembangan ke pemerintah tingkat provinsi dan kabupaten.

Meresmikan Kelompok Kerja Kedalam Operasional Pemerintah

Seiring keberhasilan dari kelompok kerja, jika situasi memungkinkan para anggotanya bisa merencanakan untuk meresmikan kelompok tersebut agar dapat terus beroperasi di jangka panjang. Ini dapat mencakup pembagian biaya antar kantor pemerintah setempat atau dukungan institutional berupa surat keputusan bupati.

Tolok ukur kunci yang menandakan keberhasilan jangka panjang mencakup:

- Pemerintah kabupaten dan provinsi mendukung kelompok kerja
- Bupati/Walikota dan DPRD mengerti pentingnya keluarga berencana dan menciptakan lingkup kebijakan yang kondusif bagi keluarga berencana
- Anggaran kabupaten untuk Keluarga Berencana meningkat
- Biaya operasional kelompok kerja ditanggung oleh pemerintah setempat
- Kabupaten lainnya mereplikasi model kelompok kerja tersebut
- Pemerintah mengadopsi model kelompok kerja sebagai bagian dari Program Keluarga Berencana Nasional

Keseluruhan langkah di atas dilaksanakan bersama oleh kelompok kerja tingkat kabupaten dengan

menggunakan perangkat yang dikenal sebagai AFP Smart.

Lembar Kerja AFP SMART untuk memandu proses analisis situasi, pemetaan masalah, dan khalayak sasaran, merancang pembingkai atas pesan advokasi dan rencana kerja

AFP SMART: lembar kerja yang diisi bersama-sama pemangku kepentingan melalui diskusi, untuk mengembangkan strategi advokasi yang berdasarkan data (*evidence based*) dan terfokus (khalayak sasaran, membingkai pesan advokasi ("*ask*") agar sesuai dengan prioritas pengambil keputusan, rencana aksi, materi dan monev.

Proses: diskusi dengan pemangku kepentingan

Keluaran: Strategi dan rencana kerja advokasi berbasis bukti, *policy brief*

Rencana kerja advokasi yang menjadi hasil diskusi dibuat untuk kegiatan selama setahun dan disesuaikan dengan kalender daerah terkait dengan penganggaran program.

The background of the page features a complex network of thin grey lines connecting various-sized grey dots. These dots are scattered across the page, with a higher concentration in the upper right and lower right areas. The lines form a web-like structure, with some areas being more densely connected than others. The overall effect is a modern, technical, and interconnected visual theme.

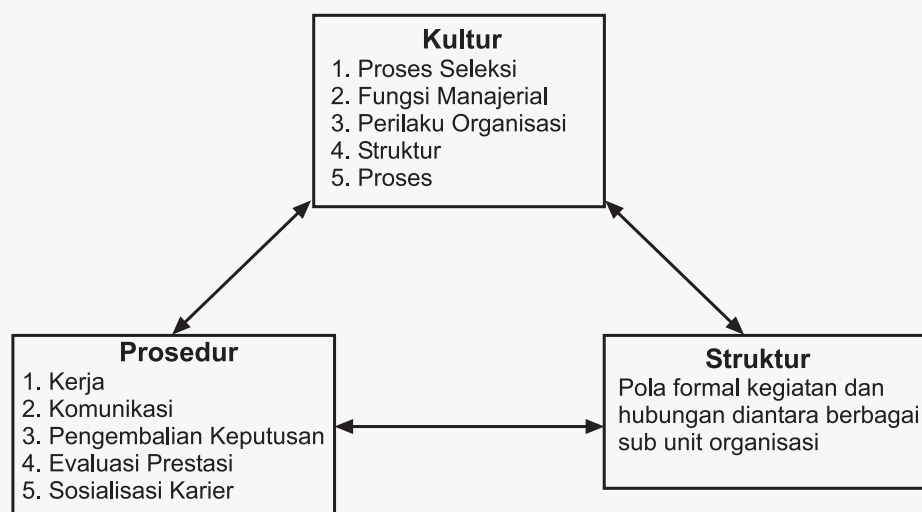
BAB IV

Implementasi Strategi Komunikasi dan Advokasi

Strategi yang dipaparkan di atas akan dilaksanakan ke dalam serangkaian rencana implementasi. Secara garis besar rencana implementasi ini akan mencakup tiga bagian besar, baik untuk strategi komunikasi maupun strategi advokasi, yaitu:

- Pengembangan Panduan/Petunjuk Teknis untuk Menerjemahkan Strategi ke dalam Program
- Pengembangan Sumber Daya Manusia
 - o Kecakapan yang Diperlukan
 - o Skema Pengembangan Kapasitas Pengelola Program Advokasi dan KIE
- Pelaksanaan Strategi
 - o Proses pelaksanaan:
 - Di tingkat Nasional
 - Di tingkat Provinsi
 - Di tingkat Kabupaten/Kota
 - Peran Jejaring
 - o Langkah Implementasi, Kegiatan yang Dilakukan, Keluaran yang Dihasilkan

Upaya implementasi ini juga dibangun dengan memperhatikan Paradigma Komunikasi Pemerintahan yang diadopsi oleh BKKBN, di mana aspek kultur organisasi (proses seleksi, fungsi manajerial, perilaku organisasi, struktur dan proses), aspek prosedur (kerja, komunikasi, pengambilan keputusan, evaluasi prestasi dan sosialisasi karier) serta aspek struktur di mana diperlukan suatu pola formal kegiatan dan hubungan di antara berbagai sub unit organisasi). Hal tersebut terangkum dalam diagram berikut:



Sumber : Modifikasi Gibson Ivancovich dan Erliana Hasan, 2007

A. PENGEMBANGAN PANDUAN/PETUNJUK TEKNIS

Komunikasi, Informasi dan Edukasi

Berdasarkan analisis atas situasi komunikasi program KKBPK serta strategi untuk meresponnya, maka dapat diidentifikasi kebutuhan akan kecakapan serta komunikasi yang dibutuhkan. Kecakapan dan komunikasi yang perlu dikembangkan untuk mencapai tujuan yang diterakan dalam RPJMN 2015-2019 ini akan dituangkan dalam satu seri panduan sebagai pendamping dokumen strategi komunikasi dan advokasi BKKBN 2015-2019. Berikut adalah panduan-panduan tersebut:

1. Panduan pengembangan pesan sesuai dengan tahap kehidupan (termasuk di dalamnya panduan membingkai ulang metode KB termasuk MKJP)

2. Panduan konseling remaja
3. Panduan pengembangan materi untuk *peer educator* (termasuk didalamnya panduan untuk mensalinghubungkan calon akseptor dengan akseptor yang memiliki pengalaman positif)
4. Panduan pengembangan layanan *hotline*
5. Panduan pengembangan bauran media:
 - a. Panduan pemanfaatan media *above the line*
 - b. Panduan pemanfaatan media *below the line*
 - c. Panduan pemanfaatan media sosial
 - d. Panduan pemanfaatan *mobile apps*
 - e. Panduan advokasi media
 - f. Pengembangan lembar informasi, pesan dan fakta sebagai bahan dalam *talk show* di radio dan televisi dan penulisan materi di koran
 - g. Panduan talk show
6. Panduan membangun motivasi menjadi peserta KB terkait aspek budaya dan agama
7. Panduan pemanfaatan dan pengembangan media sosial dan mobile apps
8. Panduan strategi merespon hasil analisis kuadran
9. Panduan strategi merespon situasi di daerah galciltas dan kepulauan

Advokasi

Untuk pengembangan program advokasi, berdasarkan analisis situasi dan strategi di atas, maka panduan yang diperlukan adalah:

1. Panduan pengembangan strategi advokasi menggunakan pendekatan AFP (termasuk di dalamnya panduan pemetaan jejaring pengambil keputusan dan pemangku kepentingan/*Net-Map*)
2. Panduan pengembangan lembar kebijakan (*policy brief*)

Panduan Khusus

Agar semua panduan dan materi yang dikembangkan dan diproduksi dalam jaringan BKKBN dapat dimanfaatkan dengan mudah, maka Direktorat Advokasi dan KIE merencanakan mengembangkan system daring (online) yang memungkinkan jejaring BKKBN maupun mitra mengunduh materi yang diperlukan baik untuk dimanfaatkan langsung, diproduksi, maupun disesuaikan dengan kebutuhan lokal. Untuk itu diperlukan:

- Panduan pengembangan dan pemanfaatan sistem penyimpanan dan distribusi daring (online)

B. PENGEMBANGAN SUMBER DAYA MANUSIA

Pengelola bidang komunikasi, informasi dan edukasi mensyaratkan kecakapan khusus di bidang komunikasi strategis. Salah satu pola pengelolaan sumber daya manusia di BKKBN saat ini adalah dengan melakukan rotasi, dalam arti sumber daya manusia yang ada dapat menempati berbagai bidang yang berbeda selama ia menjalankan karirnya di BKKBN. Oleh karena itu, diperlukan suatu skema yang menjamin bahwa seorang pegawai BKKBN yang mengemban tugas di bidang komunikasi, informasi dan edukasi memiliki kecakapan yang diperlukan agar keluaran yang ia hasilkan bersifat efektif dan efisien. Kecakapan ini di luar kecakapan dasar umum yang diberikan saat seseorang mulai menjalani karir di BKKBN, yang mana hal ini menjadi tanggung jawab bidang yang lain.

Untuk itu perlu dikembangkan suatu standar pembekalan bagi para pengelola program di bidang advokasi dan KIE, sehingga siapapun yang menempati bidang tersebut, mereka memiliki

kecakapan dasar yang baku, yang melalui ia mampu merancang, menyelenggarakan, memantau, mengevaluasi dan merevisi suatu program advokasi dan KIE.

Kecakapan yang Diperlukan dalam Komunikasi, Informasi dan Edukasi

Seorang pengelola program komunikasi, informasi dan edukasi memerlukan pemahaman dan penguasaan teknis akan kecakapan-kecakapan berikut:

- Pemahaman akan aspek perilaku individu dan masyarakat:
 - o Aspek sosiologis dan budaya yang melingkupi individu
- Pemahaman akan aspek perubahan perilaku individu:
 - o Rujukan individu dalam mencari informasi/pengetahuan, bersikap dan berperilaku (psikologi komunikasi)
 - o Aspek perilaku komunikasi dan media (media behavior)
- Kecakapan dalam pengembangan dan implementasi strategi komunikasi:
 - o Identifikasi problem komunikasi dan perilaku
 - o Identifikasi perilaku yang diharapkan
 - o Identifikasi hambatan dan peluang atas perubahan perilaku yang diharapkan
 - o Perumusan dan pembingkai pesan kunci dan manfaat perubahan perilaku bagi khalayak sasaran (*key benefit*)
 - o Kecakapan mengembangkan isi media (*content creation*) secara multimedia (teks, audio, visual dan audio visual)
 - o Pengetahuan akan fungsi dan fitur berbagai saluran komunikasi dan teknologi komunikasi
 - o Kecakapan mengembangkan bauran media (*media mix*) yang paling efektif dan efisien dalam menjangkau khalayak sasaran, baik melalui komunikasi massa, kelompok dan antar pribadi. Termasuk di dalamnya adalah pemanfaatan media baru dalam era digital seperti media sosial dan *mobile apps*
 - o Kecakapan belanja media (*media buying* dan *media placement*)
 - o Kecakapan pemantauan dan evaluasi program komunikasi
 - o Kecakapan memahami hasil evaluasi untuk merevisi strategi komunikasi dalam periode implementasi berikutnya
- Kecakapan manajerial dalam mengelola suatu program kampanye komunikasi yang dikembangkan dari pokok-pokok kecakapan di atas.

Kecakapan yang Diperlukan dalam Advokasi

Seorang pengelola program advokasi memerlukan pemahaman dan penguasaan teknis akan kecakapan-kecakapan berikut:

- Kecakapan dalam melakukan analisis situasi atas problem yang menghambat keberhasilan program KKBPK, diberbagai jenjang: nasional, provinsi dan kabupaten/kota
- Kecakapan dalam memetakan sumber daya yang tersedia dan dapat dimanfaatkan untuk mendukung program KKBPK:
 - o Sumber daya pembiayaan di berbagai jenjang nasional, provinsi dan kabupaten/kota
 - o Sumber daya program di sektor lain yang bisa disinergikan dengan program KKBPK (misalnya program penjangkauan masyarakat oleh sektor kesehatan, pendidikan, sanitasi, hankam, dll)

- o Sumber daya yang dikelola oleh sektor lain atau masyarakat madani (organisasi masyarakat, LSM, organisasi profesi, universitas, dll)
 - Sumber daya waktu dan tenaga
 - Sumber daya kecakapan (misalnya kecakapan komunikasi yang dimiliki oleh Departemen Ilmu Komunikasi di universitas, kecakapan pengembangan materi komunikasi yang dimiliki oleh perusahaan swasta yang memiliki unit komunikasi, dll)
 - Sumber daya keuangan (misalnya dana yang tersedia dalam program *Corporate Social Responsibility/CSR* dari sektor swasta)
 - Sumber daya lain yang tersedia sesuai jenjang strategi advokasi yang dirancang (nasional, provinsi, kabupaten/kota)
- Kecakapan dalam memetakan pihak yang paling berpengaruh dalam mengambil keputusan yang dapat berdampak positif/negative bagi pencapaian tujuan program KKBPK (melalui *Net-Map*)
- Kecakapan melakukan identifikasi permintaan advokasi yang akan diajukan pada pengambil keputusan tersebut (*advocacy ask*)
- Kecakapan membingkai pesan yang disampaikan dalam melakukan pengajuan permintaan advokasi tersebut (dapat menggunakan pendekatan logis, emosional atau etika/hak)
- Kecakapan mengidentifikasi langkah-langkah (aktivitas advokasi) yang diperlukan dalam pencapaian tujuan advokasi (dipenuhinya permintaan advokasi)
- Kecakapan menetapkan indikator keberhasilan yang dituangkan dalam rancangan pemantauan dan evaluasi
- Kecakapan mengembangkan lembar kebijakan (*policy brief*) yang efektif sesuai pembedaan pesan advokasi
- Kecakapan membentuk dan memfasilitasi kelompok kerja advokasi dalam merancang dan melaksanakan strategi advokasi
- Kecakapan memberikan bimbingan teknis berjenjang (BKKBN nasional ke BKKBN provinsi, BKKBN provinsi ke SKPD KB kabupaten/kota) dalam merancang dan melaksanakan strategi advokasi
- Kecakapan manajerial dalam mengelola suatu program advokasi yang dikembangkan dari proses di atas

Skema Pengembangan Kapasitas Pengelola Advokasi dan KIE

Pengembangan kapasitas pengelola program Advokasi dan KIE akan dilakukan secara berjenjang, agar terjadi suatu alur yang memungkinkan terjadinya proses yang komprehensif dan memastikan munculnya harmoni dalam pelaksanaan strategi dari tingkat nasional, provinsi dan kabupaten. Hal ini menjadi penting agar segala upaya komunikasi dan advokasi yang dilakukan dapat secara efektif dan efisien dapat menunjang pencapaian tujuan RPJMN secara umum dan secara khusus dapat memberikan hasil positif dalam SDKI periode mendatang. Proses pengembangan kapasitas, mulai dari perancangan, pelaksanaan dan evaluasi akan berkoordinasi dengan badan atau direktorat terkait seperti PULAP dan Ditbinlap.

Di tingkat nasional, perlu dilaksanakan kegiatan-kegiatan sebagai berikut:

- Pengembangan kurikulum dan panduan sebagai bahan pengembangan kapasitas. Kurikulum ini merupakan penerjemahan teknis dari dokumen strategi komunikasi dan advokasi ini.
- Pembentukan kelompok fasilitator dengan kepakaran spesifik yang akan menjadi narasumber dalam proses pengembangan kapasitas. Anggota kelompok fasilitator akan didasarkan pada kepakaran yang dimiliki, dan diharapkan keanggotaannya tidak akan terpengaruh oleh mutasi (jika ia adalah pegawai di lingkungan BKKBN). BKKBN dapat merangkul fasilitator dari pihak luar seperti universitas, koalisi kependudukan, pakar, swasta serta organisasi dan lembaga kemasyarakatan.
- Pelaksanaan pelatihan bagi kelompok fasilitator (*training of trainers*, TOT) untuk semua panduan yang disepakati. Seluruh staf Direktorat Advokasi dan KIE diharapkan dapat menjadi peserta.
- Pengembangan strategi advokasi dan KIE nasional tahunan yang merupakan penerjemahan dokumen strategi komunikasi dan advokasi ini.
- Pelaksanaan pelatihan dan lokakarya bagi pengelola program advokasi dan KIE di tingkat provinsi yang diselenggarakan secara nasional untuk memastikan keseragaman dan harmoni dalam mengadopsi kecakapan yang diberikan. Untuk merespon kemungkinan terjadinya mutasi di tingkat provinsi yang dapat menghambat serta untuk memperlancar pelaksanaan strategi, peserta provinsi sebaiknya setidaknya terdiri dari tiga orang. Jika mempertimbangkan jumlah peserta efektif maka pelatihan dan lokakarya ini dapat dilakukan dengan membaginya secara regional. Keluaran dari kegiatan ini selain terbangunnya kecakapan komunikasi dan advokasi, adalah rencana kerja komunikasi dan advokasi di tingkat provinsi (termasuk rencana pengembangan kapasitas bagi kabupaten/kota oleh provinsi).
- Pasca pelaksanaan pelatihan dan lokakarya, Direktorat Advokasi dan KIE dapat menjadwalkan rencana pemberian bimbingan teknis pada provinsi untuk memastikan provinsi dapat melaksanakan strategi dan rencana kerja mereka. Pemberian bimbingan teknis ini juga merupakan bagian dari kegiatan pemantauan dan evaluasi.

Di tingkat provinsi, perlu dilaksanakan kegiatan-kegiatan sebagai berikut:

- Finalisasi (1) strategi komunikasi dan (2) strategi advokasi di tingkat provinsi yang dihasilkan dalam pelatihan dan lokakarya nasional, dengan melibatkan staf bidang lain yang relevan. Untuk strategi advokasi, BKKBN provinsi akan melibatkan pemangku kepentingan dari sektor lain, tokoh serta organisasi yang relevan sesuai panduan pengembangan strategi advokasi.
- Menyelenggarakan pelatihan dan lokakarya bagi pengelola program advokasi dan KIE di tingkat kabupaten/kota dengan menggunakan kurikulum yang sama dengan nasional. Peserta kabupaten sebaiknya setidaknya terdiri dari dua orang. Keluaran dari kegiatan ini selain terbangunnya kecakapan komunikasi dan advokasi, adalah rencana kerja komunikasi dan advokasi di tingkat kabupaten.
- Pasca pelaksanaan pelatihan dan lokakarya, BKKBN provinsi dapat menjadwalkan rencana pemberian bimbingan teknis pada kabupaten/kota untuk memastikan mereka dapat melaksanakan strategi dan rencana kerja mereka. Pemberian bimbingan teknis ini juga merupakan bagian dari kegiatan pemantauan dan evaluasi.

Pada ujung siklus ini, SKPD KB ditingkat provinsi bisa merancang strategi komunikasi dan advokasi yang sesuai kebutuhan daerah mereka dan selaras dengan kebijakan nasional. . Untuk strategi advokasi, SKPD KB akan melibatkan pemangku kepentingan dari sektor lain, tokoh serta organisasi yang relevan sesuai panduan pengembangan strategi advokasi.

C. PELAKSANAAN STRATEGI SECARA BERJENJANG

Dengan mengacu pada dokumen strategi komunikasi dan advokasi yang menjadi keluaran dari pelatihan dan lokakarya tersebut di atas serta panduan yang tersedia, BKKBN di berbagai jenjang akan melaksanakan kegiatan-kegiatan komunikasi dan advokasi yang berjangka waktu setahun, sesuai dengan kalender BKKBN dan kalender pembangunan daerah.

Dalam hal ini, BKKBN nasional dan provinsi memiliki mandat lain bagi lapis di bawahnya (nasional ke provinsi dan provinsi ke kabupaten/kota) seperti disinggung di bagian atas, yakni:

- Menyelenggarakan pelatihan dan lokakarya
- Berperan sebagai nara sumber dan pemberi bimbingan teknis pada perancangan dan pelaksanaan strategi komunikasi dan advokasi
- Menyelenggarakan pemantauan dan evaluasi
- Memberikan dukungan lain yang diperlukan

D. LANGKAH IMPLEMENTASI DAN ALUR WAKTU

Langkah yang Dapat Dilakukan Segera

Beberapa hal yang dipaparkan dalam dokumen strategi ini dapat dilaksanakan segera tanpa harus menunggu selesainya dokumen rencana kerja tahunan dan kurikulum pengembangan kapasitas komunikasi dan advokasi.

1. Adopsi pesan

Beberapa kegiatan yang sudah ada dapat terus dilaksanakan dengan memodifikasi pesan agar sesuai dengan temuan lapangan, garis kebijakan baru Direktorat Advokasi dan KIE serta kesepakatan dalam *"Pertemuan Evaluasi dan Pemantapan Advokasi dan KIE Program KKBPK Bagi Seluruh Kabid ADPIN BKKBN Perwakilan Provinsi"*, seperti dituangkan dalam bagian strategi pesan di atas.

2. Memanfaatkan materi yang sudah tersedia

BKKBN dapat terus memanfaatkan materi yang sudah tersedia dan/atau memproduksi ulang materi-materi yang diproduksi oleh mitra sepanjang pesan yang dibawa sesuai dengan pesan dalam dokumen strategi ini. Di samping itu, seperti diidentifikasi dalam bagian *"Media Sosial dan Aplikasi Telepon Bergerak (Mobile Apps)"* di bagian lain dokumen ini, terdapat beberapa inisiatif yang sudah dijalankan. BKKBN dapat memetakan media sosial dan *mobile apps* yang sudah ada untuk meninjau apakah pesan yang disampaikan berkeseuaian dengan strategi BKKBN dan kemudian ikut mempromosikan media tersebut.

Dengan demikian jangkauan media tersebut dapat menjadi lebih luas dan pesan yang disampaikan pun menjangkau lebih banyak khalayak. Beberapa tayangan iklan layanan masyarakat terkait MKJP dan perencanaan keluarga yang diproduksi oleh JHCCP dan DKT,

dapat ditayangkan ulang, baik melalui televisi nasional, televisi provinsi/kabupaten/kota atau ditayangkan dalam kegiatan-kegiatan penjangkauan dan safari KB.

Langkah Implementasi Strategi

Untuk mengimplementasikan dokumen strategi ini secara komprehensif dan sistematis, maka tindak lanjut yang perlu dilakukan adalah seperti tertuang dalam tabel berikut.

LANGKAH IMPLEMENTASI		WAKTU											
		2016			2017			2018			2019		
11.	Menyelenggarakan lokakarya pengembangan kapasitas advokasi untuk Provinsi 1. Membangun kecakapan 2. Membuat rencana kerja: a. Kegiatan di provinsi b. Membangun kapasitas kabupaten/kota 3. Membuat rencana pemantauan dan evaluasi				X								
12.	Pemberian bimbingan teknis serta pemantauan dan evaluasi pada provinsi, sebagai salah satu tindak lanjut pengembangan kapasitas					X		X		X		X	
13.	Finalisasi strategi komunikasi dan strategi advokasi di tingkat provinsi				X								
14.	Perwakilan BKKBN Provinsi mengembangkan kapasitas komunikasi dan advokasi pada kabupaten/kota				X								
15.	Perwakilan BKKBN Provinsi memberikan bimbingan teknis pada kabupaten/kota					X		X		X		X	X

LANGKAH IMPLEMENTASI		WAKTU											
		2016			2017			2018			2019		
16.	Menyelenggarakan kegiatan rutin untuk memastikan semua dukungan teknis berjenjang dapat dilaksanakan untuk pencapaian tujuan program di semua tingkat: 1. Pertemuan evaluasi kinerja komunikasi dan advokasi di tingkat nasional melibatkan provinsi 2. Pertemuan evaluasi kinerja komunikasi dan advokasi di tingkat provinsi melibatkan kabupaten kota Komponen pertemuan: - Berbagi pengalaman (<i>sharing meeting</i>) antara provinsi/kabupaten (misalnya dalam bentuk presentasi poster capaian) - Evaluasi teknis - Pengembangan rencana tindak lanjut						X			X			X

DAFTAR RUJUKAN

- APJII**, Data Asosiasi Penyelenggara Jasa Internet Indonesia, 2016
- Bappenas**, Kajian dan Evaluasi Pelaksanaan Kebijakan Advokasi dan KIE KB, Direktorat Kependudukan, PP dan PA, 2014
- Bappenas**, Presentasi Deputi Kementerian PPN/Bappenas, Bidang Pembangunan Manusia, Masyarakat, dan Kebudayaan, 2015
- BKKBN**, Penelitian KIE Program Kependudukan Keluarga Berencana Dan Pembangunan Keluarga (KKBPK) Lini Bawah, Pusat Penelitian dan Pengembangan Kependudukan BKKBN, 2014
- BKKBN**, Post-script Pertemuan Evaluasi dan Pemantapan Advokasi dan KIE Program KKBPK Bagi Seluruh Kabid ADPIN BKKBN Perwakilan Provinsi, 2016
- BKKBN**, Post-script Pertemuan Para Pemangku Kepentingan dan Advokat Program KB di Jakarta pada Oktober 2015 dan Maret 2016
- BKKBN**, Potret Program KKBPK berdasarkan Pendekatan Analisis Kuadran, PUSNA BKKBN 2015
- BKKBN**, Rencana Strategis Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional 2015-2019
- BKKBN**, Survey Indikator RPJMN 2015
- JHCCP**, Optimalisasi Peran CWG Dalam Advokasi Untuk Implementasi Program KB, Advance Family Planning 2015
- JHCCP**, Studi Formatif Program ICMM, 2015
- JHCCP**, Studi Formatif Program PilihanKu, 2015
- McKee, N.**, Social Mobilization & Social Marketing in Developing Communities: Lessons for Communicators. Panang, Malaysia: Southbound, 1992



Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional
2017